



FONDAZIONE
CASA DI RIPOSO DI CALCINATO
ONLUS

Via S. D'Acquisto 5 25011 CALCINATO (BS)
TEL. 030-963120 / 030-963221 FAX 030-963404
E-MAIL: info@casariposocalcinato.it

RICHIESTA DI AMMISSIONE PER POSTI LETTO CONVENZIONATI

Rev.1 del 5-2022

RICHIEDENTI:

1. Nome _____ Cognome _____
Via _____ Comune _____ (Pr.____) CAP _____
telefono _____ e-mail _____
grado di parentela _____ Familiare A.d.S. Tutore Curatore
2. Nome _____ Cognome _____
Via _____ Comune _____ (Pr.____) CAP _____
telefono _____ e-mail _____
3. Nome _____ Cognome _____
Via _____ Comune _____ (Pr.____) CAP _____
telefono _____ e-mail _____

SI RICHIEDE l'ammissione del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ (Pr.____) in via _____ n° _____

esenzioni ticket: SI NO (Se SI indicare codice _____ e data scadenza _____)

invalidità civile: SI NO (Se SI allegare copia verbale, se NO indicare se presentata domanda _____)

stato civile _____ assegno accompagnamento SI NO

situazione pensionistica: nessuna anzianità sociale reversibilità altro

grado istruzione: analfabeta elementari(classe____) medie inferiori

scuola professionale diploma laurea

Precedente professione prevalentemente svolta: _____

Stato giuridico del soggetto: interdetto (allegare verbale con nomina tutore)

inabile (allegare verbale con nomina curatore)

con Amministratore di Sostegno (allegare verbale con nomina A.d.S.)

ATTUALMENTE RICOVERATO/A presso _____ tel. _____

RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

Data presentazione _____

N. protocollo _____

Documentazione incompleta e/o note _____

MOTIVAZIONE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE:

- Perdita dell'autonomia dell'attività della vita quotidiana
- Problemi sanitari non gestibili al domicilio
- Problemi socio-ambientali
- Altro _____

A tale scopo, i richiedenti dichiarano:

- 1) di essere a conoscenza che l'eventuale accoglimento definitivo è subordinato ad un periodo di osservazione durante il quale verrà verificata la compatibilità dell'ospite con la struttura. In caso negativo la Fondazione ha facoltà di dimettere l'Ospite.
- 2) di aver preso conoscenza e di accettare senza eccezione o riserva le condizioni indicate nel Contratto d'ingresso, nel Regolamento Interno, nella Carta dei Servizi e nel Codice Etico dei quali dichiara di aver ricevuto copia e presa visione, ed eventuali loro future modifiche ed/o integrazioni;
- 3) di essere a conoscenza che l'attuale retta pari ad €. _____ potrà essere aggiornata a giudizio insindacabile del Consiglio di Amministrazione; il relativo aggiornamento sarà comunicato con preavviso di 15 giorni;
- 4) di accettare incondizionatamente qualsiasi spostamento di reparto o di letto per esigenze della Fondazione;
- 5) di impegnarsi ad accompagnare l'ospite presso la Casa di Riposo, in caso di accettazione della presente domanda, dotandolo degli effetti personali contrassegnati, meglio specificato nell'allegato prospetto; il corredo dovrà essere integrato di volta in volta su richiesta della Fondazione;
- 6) di essere a conoscenza che dal momento dell'ingresso verrà automaticamente cancellato dall'elenco del proprio medico di base ed iscritto al medico della Fondazione;
- 7) di designare quale persona referente e relativo sostituto a cui rivolgere tutte le comunicazioni sanitarie ed amministrative:
 - Referente: il\la sig.\sig.ra _____ grado di parentela _____
 - Sostituto: il\la sig.\sig.ra _____ grado di parentela _____

I Richiedenti

L'Interessato

SI IMPEGNA INCONDIZIONATAMENTE ED IRREVOCABILMENTE:

1. a versare a titolo di cauzione (infruttifera) una somma equivalente ad una mensilità di degenza;
2. a provvedere a saldo della retta mensile presso l'Istituto Bancario comunicato dall'Ufficio Amministrativo entro il decimo giorno del mese successivo a quello di riferimento.

Quanto sopra, sia nel caso di dimissioni volontarie che di dimissioni disposte ai sensi del Regolamento della Fondazione, fermo restando l'impegno al pagamento fintanto che l'ospite rimarrà presso la RSA.

Calcinato, lì _____

I Richiedenti

L'Interessato

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE:

- N° 1 Certificato medico (CIRS) allegato e scheda punteggio
- Eventuali esami ematici (Emocromo, Azotemia, Glicemia, Transaminasi, VES, VDRL, Hbs-Ag, HC) Rx torace recenti
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità
- Fotocopia tessera sanitaria ed eventuale esenzione ticket
- Fotocopia verbale di invalidità (se in possesso)
- Fotocopie cartelle cliniche e/o ospedaliere, nonché la documentazione sanitaria in possesso (possono essere consegnate anche al momento del colloquio per l'ammissione).

L'obbligo al pagamento della retta viene assunto dai seguenti firmatari:

NOME e COGNOME _____ Firma _____

NOME e COGNOME _____ Firma _____

NOME e COGNOME _____ Firma _____

CONSENSO INFORMATO RELATIVO AL PASSAGGIO AL MEDICO DELLA STRUTTURA

Le disposizioni regionali vincolano l'erogazione delle tariffe sanitarie alle strutture, all'assunzione del medico della struttura da parte dell'ospite, al momento dell'entrata in Casa di Riposo (RSA).

Le RSA ricevono la tariffa sanitaria per gli ospiti non autosufficienti e di impegnano a fornire adeguata assistenza infermieristica e riabilitativa, a secondo delle necessità; inoltre le Strutture erogano direttamente l'assistenza medica e farmaceutica e gli ausili per incontinenti.

Quanto sopra comporta la cancellazione dagli elenchi del proprio medico di Medicina Generale.

Consapevole di queste esigenze, esprimo il mio consenso per il passaggio ai medici della struttura ed esprimo il mio consenso alla cura da parte degli stessi.

Comunico fin d'ora che i dati riferiti al mio stato di salute potranno essere comunicati:

- solo a me
- anche ai miei familiari
- ad altri soggetti che in seguito indicherò

Calcinato, lì _____ Firma _____

Qualora le condizioni psico-fisiche dell'Ospite siano o diventino tali, da non consentire allo stesso di esprimere consapevolmente la propria volontà, e da richiedere l'attivazione della procedura per la nomina dell'amministratore di sostegno, il presente consenso sarà provvisoriamente sottoscritto dalla persona che è stata designata dal gruppo familiare di riferimento a ricoprire il ruolo di Referente in attesa di nomina di A.d.S. o Tutore o Curatore.

Luogo _____ Data _____

Nome _____ Cognome _____

Firma leggibile _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

OPPURE

Il sottoscritto _____

In qualità di

[] familiare di riferimento [] curatore familiare [] amministratore di sostegno [] tutore [] altro _____

dell'ospite _____

a) Compiutamente informato ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente

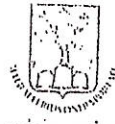
non acconsente

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa allegata, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Calcinato, lì _____

Firma _____



FONDAZIONE
CASA DI RIPOSO DI CALCINATO
ONLUS

Informativa all'interessato sul trattamento dei dati personali Lista d'attesa

Gentile Signora/Egregio Signore,
ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la Fondazione Casa di Riposo di Calcinato ONLUS in qualità di Titolare del trattamento dei Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"). Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Dati che riguardano Lei o la persona su cui esercita la responsabilità legale.

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del Trattamento, ai sensi degli artt. 4 e 24 del Regolamento, è la Fondazione Casa di Riposo di Calcinato ONLUS, con sede in Calcinato (BS), Via Salvo D'Acquisto n°5.

2. Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)

Il Responsabile della protezione dei dati, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento, può essere contattato ai seguenti recapiti email: privacy@casariposocalcinato.it

3. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

a) gestione delle liste d'attesa per l'accesso ai servizi socio assistenziali forniti dalla Fondazione;
La base giuridica del trattamento per le suddette finalità è l'art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR ("trattamento necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso").

b) attività amministrative e contabili in adempimento agli obblighi di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili. Valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti.

La base giuridica del trattamento per le finalità suindicate è l'art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR ("trattamento necessario per adempiere un obbligo legale").

Per quel che concerne il trattamento dei dati sensibili (c.d. categorie particolari di dati): la base giuridica del trattamento è da rinvenire nell'art. 9 par. 2 lett. h del GDPR (finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità).

4. Categorie di dati

Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di dati, a titolo esemplificativo, identificativi dell'interessato (nome e cognome, indirizzo, telefono, cellulare, e-mail, etc.), dati particolari (es. stato di salute), i quali saranno trattati nei limiti ed esclusivamente per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

5. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità, punto 1 lett. a), b) L'eventuale rifiuto a conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva alla gestione della domanda. Si precisa che, in caso di mancato conferimento, non potremo accogliere la richiesta di inserimento in lista d'attesa.

6. Conservazione dei dati personali

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del GDPR in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali i dati personali sono trattati e per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. I dati per la lista d'attesa vengono conservati per due anni dalla presentazione della domanda.

7. Modalità e logica del trattamento

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

8. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati

I dati potranno essere comunicati a destinatari, che li tratteranno in qualità di responsabili (art. 28 del GDPR) o a terzi soggetti che svolgono quali titolari autonomi attività in outsourcing per le finalità sopra indicate. Precisamente, i dati potranno essere comunicati a:

- a) soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare per adempiere alle finalità di cui sopra (es. laboratorio analisi, servizio mensa, professionisti);
- b) organismi sanitari di controllo, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, medico di medicina generale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, che agiscono in qualità di titolari autonomi del trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione.

9. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

10. Fonte

Si informa che la raccolta di dati personali e particolari è rinvenibile nella domanda e nella relativa documentazione allegata, fornita alla Fondazione, e presentata all'interessato o ai soggetti che ne esercitano la giuridica responsabilità (parente, tutore, amministratore di sostegno, delegati).

11. Diritti dell'interessato

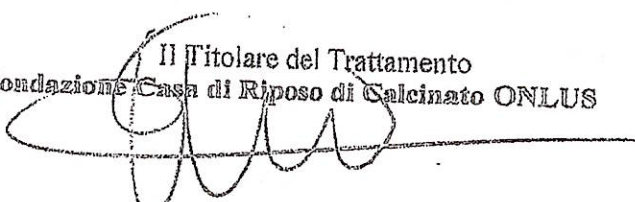
Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso ai suoi dati personali; la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; l'opposizione al trattamento; la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.; qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Per esercitare i diritti potrà rivolgersi al Titolare ai recapiti sopra indicati oppure inviare mail a: privacy@casariposocalcinato.it

In ogni caso Lei ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati sia contrario alla normativa in vigore o adire le opportune sedi giudiziarie

Calcinato, il 11/04/2022

Il Titolare del Trattamento
Fondazione Casa di Riposo di Calcinato ONLUS



COGNOME _____ NOME _____

RESIDENZA _____

Punteggio Sanitario per Lista Attesa RSA

Valutazione Funzionale	dipendenza completa	dipendenza grave	dipendenza moderata	dipendenza lieve	autosufficienza	Non Rilevato
Deambulazione	4	3	2	1	0	
Locomozione su sedia rotelle						
Scale	2	1,5	1	0,5	0	
Trasferimento letto/sedia	2	1,5	1	0,5	0	
Uso del WC	2	1,5	1	0,5	0	
Continenza intestinale	2	1,5	1	0,5	0	
Continenza urinaria	2	1,5	1	0,5	0	
Alimentazione	4	3	2	1	0	
Vestirsi	2	1,5	1	0,5	0	
Igiene personale	2	1,5	1	0,5	0	
Bagno/doccia	2	1,5	1	0,5	0	

Disturbi comportamentali	grave	moderato	lieve	assente	Non Rilevato
Confusione	8	5	2	0	
Irritabilità	4	3	1	0	
Irrequietezza	4	3	1	0	

Aspetti psico-sensoriali	assente	limitata	integra	Non Rilevato
Capacità comunicare				
Vista	6	3	0	
Udito	4	2	0	

N.B.: SE NON VIENE COMPILATO UN ITEM (NON RILEVATO) - IL PUNTEGGIO E' UGUALE A NULLO

DATA _____

FIRMA COMPILATORE



SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO

Signor/a _____ sesso M F tessera sanitaria _____
nato/a a _____ il _____ comune di residenza _____
domicilio _____ tel. _____
Codice Fiscale _____

Vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti genitori badante solo altro

PATOLOGIE IN ATTO:

- 1) **Cardiaca** (solo cuore) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 2) **Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 3) **Vascolari** (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 4) **Respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 5) **O.O.N.G.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 6) **Apparato G.I. Superiore** (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 7) **Apparato G.I. Inferiore** (intestino, ernie) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 8) **Epatiche** (solo fegato) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 9) **Renali** (solo rene) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 10) **Altre Patologie Genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 11) **Sistema Muscolo-Scheletro-Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 12) **Sistema Nervoso Centrale e Periferico** (non include la demenza) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 13) **Endocrine - metaboliche** (include diabete, infezioni, stati tossici) _____ ① ② ③ ④ ⑤
- 14) **Psichiatrico-comportamentali** (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) _____ ① ② ③ ④ ⑤

LEGENDA PATOLOGIE IN ATTO:

- 1 - Assente nessuna compromissione di organo/sistema
- 2 - Lieve la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
- 3 - Moderato la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)
- 4 - Grave la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- 5 - Molto grave la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

DIAGNOSI PRINCIPALI	COD. ICD IX	DIAGNOSI PRINCIPALI	COD. ICD IX

TERAPIE SIGNIFICATIVE in ATTO _____

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

Parte da compilare solo per **RICHIESTA ASSISTENZA PROGRAMMATA NON AMBULABILI**

FUNZIONE	Dipendenza	Dipendenza	Dipendenza	Dipendenza	Autosufficienza	Non
	Completa	grave	moderata	lieve		rilevato
DEAMBULAZIONE	1	2	3	4	5	9
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	1	2	3	4	5	9
SCALE	1	2	3	4	5	9
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	1	2	3	4	5	9
USO DEL WC	1	2	3	4	5	9
CONTINENZA INTESTINALE	1	2	3	4	5	9
CONTINENZA URINARIA	1	2	3	4	5	9
ALIMENTAZIONE	1	2	3	4	5	9
VESTIRSI	1	2	3	4	5	9
IGIENE PERSONALE	1	2	3	4	5	9
BAGNO/DOCCIA	1	2	3	4	5	9
<u>DISTURBI DI COMPORTAMENTO</u>	Grave	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
CONFUSIONE	1	2	3	4	9	
IRRITABILITA'	1	2	3	4	9	
IRREQUIETEZZA	1	2	3	4	9	
<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	assente	limitata	integra	non rilevato		
CAPACITA' DI COMUNICARE	1	2	3	9		
VISTA	1	2	3	9		
UDITO	1	2	3	9		

PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domiciliare _____

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del MMG/PLS in regime di ADP

come da allegato G contratto collettivo nazionale

RICHIESTA nuova attivazione variazione rinnovo
 ACCESSI PROPOSTI: settimanali quindicinali mensili

(data)

(timbro e firma del Medico)

SPAZIO RISERVATO all'ASL PROGRAMMA APPROVATO: si no
 ACCESSI AUTORIZZATI: settimanali quindicinali mensili
 DATA INIZIO ____/____/____/ DATA SCADENZA ____/____/____/

(firma)