



FONDAZIONE
CASA DI RIPOSO CALCINATO
ETS

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.3 del 3/2026

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 _____

I sottoscrittori della presente, dichiarano che la persona interessata all'ammissione in RSA:

- è residente nel comune di _____, in via _____, n. _____
- che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

NOMINATIVO	GRADO DI PARENTELA

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.

Calcinato, lì _____

I Richiedenti

L'Interessato

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

- N° 1 Certificato medico (CIRS) allegato e scheda punteggio
- 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 _____

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 d'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. acalculiasi, 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 PROGRAMMATTA NON AMBULABILI**

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA

<u>FUNZIONE</u>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non 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 al 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)

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 _____

