

Il/la sottoscritto/a nat a prov.

il/...../..... residente a prov. in Via
..... n. tel Stato civile
..... Codice fiscale

Attuale collocazione: a casa propria in ospedale presso altra struttura.....

presso un familiare residente a prov.
in Via n. Tel.

C H I E D E

il ricovero a tempo determinato presso la Fondazione dal al
(min. 15 gg. solari)

D I C H I A R A di

- Accettare tutte le condizioni previste dalla Carta dei Servizi e dai Regolamenti interni.
 - Manifestare il proprio consenso al Trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento UE 2016/679), con supporti cartacei ed elettronici, da parte del titolare “Fondazione Casa Serena – Leffe Onlus” per l’esplicitamento dei compiti di assistenza sanitaria e l’esecuzione delle procedure amministrative relative alla pratica di ingresso.
 - Fornire all’ingresso e durante la permanenza in struttura: i farmaci, i presidi e tutto il necessario per consentire l’assistenza sanitaria e di impegnarsi, essendo in carico al proprio Medico di Assistenza Primaria, ad avanzare allo stesso le eventuali nuove richieste di Piani Terapeutici, farmaci, presidi ed ausili in completa collaborazione con la Direzione Sanitaria della R.S.A..
 - Accettare che la durata della degenza è di almeno 15 giorni solari e che entro 7 giorni dall’ingresso l’Ospite dovrà corrispondere la retta di degenza del periodo minimo sudetto.
- In caso di proroga, la retta dovrà essere corrisposta anticipatamente (fatturazione a inizio mese).
- Essere consapevole che la degenza presso i posti letto privati non dà accesso preferenziale ai posti letto di “ricovero definitivo” accreditati Regione Lombardia della R.S.A..

C O N S E G N A

- Copia di Carta d'identità e Codice Fiscale.
- Copia di Carta d'identità e Codice Fiscale dei garanti al pagamento.
- Copia del decreto di nomina di Tutore, Curatore o Amministratore di Sostegno se nominato.
- FaSAS/P.I.-P.A.I. se il paziente è ricoverato c/o una struttura socio-sanitaria assistenziale oppure Lettera di dimissioni con Esami e Terapia se è ricoverato c/o una struttura ospedaliera.
- Esami come da specifico prospetto e altra documentazione sanitaria in possesso.
- Scheda Sanitaria compilata dal Medico di Assistenza Primaria Mod. 8.2.1-15.

C O M U N I C A

i nominativi dei familiari / caregiver di riferimento:

Cognome e nome grado di parentela
nato/a il/...../..... residente a prov.
in Via n° c.a.p. telefono

Cognome e nome grado di parentela
nato/a il/...../..... residente a prov.
in Via n° c.a.p. telefono

Cognome e nome grado di parentela
nato/a il/...../..... residente a prov.
in Via n° c.a.p. telefono

e il nominativo del proprio Medico di Assistenza Primaria :

DR. / DR.SSA
avente studio a prov. in Via
..... n° recapiti telefonici.....
..... E-Mail dello studio

Leffe, lì

PROTOCOLLO

L'interessato

*Utente oppure Garante **

* In caso di impossibilità alla firma, in presenza del funzionario incaricato, previo accertamento dell'identità mediante conoscenza diretta od esibizione della C. I. n. rilasciata dal Comune di

◆◆◆ SPAZIO RISERVATO ALLA R.S.A. ◆◆◆

- La D.S. accoglie la domanda di ammissione del.... Sig./.....
 La D.S. respinge la domanda di ammissione del.... Sig./.....

Per le seguenti motivazioni:

Leffe, lì

Il Direttore Sanitario

ANNOTAZIONI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....