



DATA DI RICEVIMENTO DELLA MODULISTICA COMPILATA _____

STRUTTURA _____

Pag. 1 di 4

SCHEDA PRE-INGRESSO NUOVO OSPITE

SIG./RA _____ SESSO M F

CODICE FISCALE _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA _____ N. _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

STATO CIVILE _____

PRESENZA DI RAPPRESENTANTE LEGALE (TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO) SI NO

COGNOME E NOME RAPPRESENTANTE LEGALE _____

RECAPITO TELEFONICO RAPPRESENTANTE LEGALE _____

COGNOME E NOME DI CHI EFFETTUA LA DOMANDA DI INGRESSO

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

ALTRI RECAPITI _____

GRADO DI PARENTELA O AFFINITÀ CON L'OSPITE _____

TIPOLOGIA DI SERVIZIO RICHIESTO RESIDENZIALE ALTRO _____

RICOVERO DEFINITIVO TEMPORANEO (Se TEMPORANEO per n° giorni _____)

IN CONVENZIONE PRIVATO

ASL DI APPARTENENZA _____ ESENZIONE SI NO (Se SI quale _____)

INVALIDITÀ SI (PERCENTUALE _____) NO IN FASE DI RICHIESTA

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO IN FASE DI RICHIESTA

INTEGRAZIONE RETTA SI (ENTE _____) NO

ATTUALE MEDICO DI BASE _____ TEL. _____

EVENTUALI NOTE/PROVENIENZA _____

AREA ASSISTENZIALE E INFERMIERISTICA

CONDIZIONI PSICHICHE

- LUCIDO E ORIENTATO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO
- VIGILE
- FASI DI CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO
- PERSISTENTE DISORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE
- FASI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA
- INSONNIA
- AGGRESSIVITÀ VERBALE FISICA

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| IGIENE | <input type="checkbox"/> DA SOLO/A | <input type="checkbox"/> CON AIUTO | <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO |
| VESTIZIONE | <input type="checkbox"/> DA SOLO/A | <input type="checkbox"/> CON AIUTO | <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO |
| ACCOMPAGNAMENTO IN BAGNO | <input type="checkbox"/> DA SOLO/A | <input type="checkbox"/> CON AIUTO | <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO |

ALIMENTAZIONE

- AUTONOMA
- CON PICCOLO AIUTO
- CON NECESSITÀ DI IMBOCCAMENTO
- CON DIFFICOLTÀ DI MASTICAZIONE: HA I SUOI DENTI SI NO
- SOSPETTA DISFAGIA AI LIQUIDI AI SOLIDI
- DIETE SPECIALI (Se SI indicare quali _____)
- ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE PEG SNG ALTRO _____
- INTOLLERANZE _____

CIBI NON GRADITI _____

CIBI PARTICOLARMENTE GRADITI _____

IDRATAZIONE ACQUA ACQUA GEL ADDENSANTE

PIANO TERAPEUTICO NUTRIZIONALE SI NO

VINO AI PASTI SI NO

INCONTINENZA SI NO *urinaria* *fecale* SALTUARIA *urinaria* *fecale*

USO PROTEZIONE IGIENICA DIURNA NOTTURNA

TIPOLOGIA DI PROTEZIONE _____

FORNITURA ASL PROTEZIONI IGIENICHE SI NO IN FASE DI RICHIESTA

PRESENZA DI CATETERE VESCICALE SI NO

PRESENZA LESIONI DA PRESSIONE SI NO

NECESSITA DI MATERASSO ANTIDECUBITO SI NO

DESCRIZIONE LESIONE DA PRESSIONE _____

PROTESI ED AUSILI

- OCCHIALI
- PROTESI DENTARIA SUPERIORE INFERIORE
- PROTESI ACUSTICA DESTRA SINISTRA
- OSSIGENO TERAPIA ORE AL GIORNO _____

EVENTUALI NOTE →



SCHEDA MEDICA

(ALLEGATO ALLA SCHEDA PRE-INGRESSO NUOVO OSPITE)

COMPILATA DA :

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO O DIR.SAN. DELLA STRUTTURA:

COGNOME E NOME _____

COGNOME E NOME _____

COGNOME E NOME OSPITE _____

DATA DI NASCITA _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA _____

ALLERGIE/INTOLLERANZE FARMACOLOGICHE ED ALIMENTARI SI NO

SE INDICATO SI, QUALI ALLERGIE/INTOLLERANZE _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA – MOTIVAZIONI DI INSERIMENTO

SCHEDA AMMINISTRATIVA

(ALLEGATO ALLA SCHEDA PRE-INGRESSO NUOVO OSPITE)

IL SOTTOSCRITTO COMPILATORE CHE EFFETTUA LA DOMANDA DI INGRESSO

COGNOME E NOME _____

IN RELAZIONE ALL'OSPITE (COGNOME E NOME) _____

DATA DI NASCITA DELL'OSPITE _____

DATI DA COMPILARE QUALORA NON SIANO GIÀ STATI RACCOLTI NELLA SCHEDA PRE-INGRESSO

DATI RELATIVI AL COMPILATORE CHE EFFETTUA LA DOMANDA DI INGRESSO

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

ALTRI RECAPITI _____

GRADO DI PARENTELA CON L'OSPITE _____

DATI RELATIVI AL RAPPRESENTANTE LEGALE: TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

COGNOME E NOME _____

RECAPITI TELEFONICI _____

DICHIARA I SEGUENTI DATI:

SITUAZIONE ECONOMICA-PENSIONISTICA ATTUALE DELL'OSPITE

E' riconosciuto/a invalido/a al _____% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRATICA IN CORSO	Importo mensile €
Percepisce indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRATICA IN CORSO	Importo mensile €

PENSIONI PERCEPITE DALL'OSPITE

FONTE PENSIONE	<input type="checkbox"/> INPS <input type="checkbox"/> INPDAP <input type="checkbox"/> ALTRO _____	Importo mensile €
FONTE PENSIONE	<input type="checkbox"/> INPS <input type="checkbox"/> INPDAP <input type="checkbox"/> ALTRO _____	Importo mensile €
FONTE PENSIONE	<input type="checkbox"/> INPS <input type="checkbox"/> INPDAP <input type="checkbox"/> ALTRO _____	Importo mensile €
TOTALE PENSIONI PERCEPITE		IMPORTO TOTALE €

L'OSPITE SI IMPEGNA A CORRISPONDERE LA QUOTA A SUO CARICO

completamente **parzialmente**

Se "completamente", indicare con quali redditi dell'Ospite oltre alla pensione (qualora questa non fosse sufficiente a garantire l'importo totale della retta):

.....

Se "parzialmente", indicare altri (privati o pubblici) che concorrono al pagamento della retta fino al raggiungimento dell'importo totale:

.....

.....

.....

.....

SITUAZIONE FAMILIARE DELL'OSPITE

- libero/a di stato
- vedovo/a
- coniugato/a
- separato
- divorziato
- con figli n° di cui: maschi femmine
- senza figli

FIGLIO/A N. 1

COGNOME E NOME FIGLIO/A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (Azienda o altro)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

FIGLIO/A N. 2

COGNOME E NOME FIGLIO/A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (<i>Azienda o altro</i>)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

FIGLIO/A N. 3

COGNOME E NOME FIGLIO/A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (<i>Azienda o altro</i>)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

FIGLIO/A N. 4

COGNOME E NOME FIGLIO/A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (<i>Azienda o altro</i>)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

FIGLIO/A N. 5

COGNOME E NOME FIGLIO/A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (Azienda o altro)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

FIGLIO/A N. 6

COGNOME E NOME FIGLIO/A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (Azienda o altro)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

FIGLIO/A N. 7

COGNOME E NOME FIGLIO/A	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (Azienda o altro)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

IN ASSENZA DI FIGLI

PERSONA DI RIFERIMENTO N. 1

GRADO PARENTELA O AFFINITA'	
COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (Azienda o altro)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

PERSONA DI RIFERIMENTO N. 2

GRADO PARENTELA O AFFINITA'	
COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN VIA - N° CIVICO	
CITTA' - C.A.P. - PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
PROFESSIONE	
PRESSO (Azienda o altro)	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> ALTRO (INDICARE SE IN PENSIONE)

EVENTUALI NOTE _____

Il Compilatore dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente alla Direzione della Struttura qualsiasi variazione della situazione sopra dichiarata.

Inoltre, il Compilatore dichiara di avere preso visione delle informazioni sotto riportate rese ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR) e di prestare il consenso al trattamento dei dati

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RACCOLTA DEL CONSENSO ai sensi dell'art. 13 GDPR

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Nuova Assistenza Società Cooperativa Sociale Onlus (P. Iva 01684780032) con sede in Novara (NO), Via Baveno n. 4, telefono 0321.421001, e-mail: na@nuovassistenza.it, PEC: nuovassistenza@pec.nuovassistenza.it

2. Responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer – c.d. DPO)

Il DPO nominato è reperibile ai seguenti dati di contatto: Labor Service srl, via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), telefono 0321.1814220, e-mail: privacy@labor-service.it, PEC: pec@pec.labor-service.it

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 Regolamento (UE) 2016/679, di seguito "GDPR"), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'ospite in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, alla gestione amministrativa, compreso l'inserimento in lista d'attesa, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge. Per i dati relativi alla situazione familiare dell'ospite vi è un legittimo interesse del Titolare in quanto sono utili per avere i riferimenti di contatto degli stessi e per una corretta valutazione della situazione economica in relazione all'impegno di spesa prevedibile.

Il trattamento dei dati personali ha quali basi giuridiche (art. 6, lett. b) c) ed f) GDPR): l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato, il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare ed il legittimo interesse di quest'ultimo. Per il trattamento dei dati particolari quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso è necessario il consenso fornito con la sottoscrizione della presente informativa (art. 9 GDPR)

4. Destinatari dei dati

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico: a Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ASL/ATS di competenza, Ospedali, Cliniche e Laboratori di analisi), ai medici, a società e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socio-assistenziali e/o educative. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori.

5. Trasferimento dati

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale. Ove si rendesse necessario si avvisa sin da ore che il trasferimento avverrà nel rispetto del Capo V del Regolamento (UE) 2016/679.

6. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del servizio eventualmente erogato dal Titolare, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

7. Diritti dell'interessato

Gli interessati hanno il diritto di ottenere, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali, la revoca del consenso prestato e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. GDPR). I diritti possono essere esercitati mediante comunicazione attraverso i dati di contatto di cui sopra. Inoltre, l'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali: www.garanteprivacy.it).

8. Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per la conclusione del successivo contratto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso al contratto e agli altri adempimenti legali connessi.

In Fede

Luogo di compilazione _____ Data di compilazione _____

Firma del Compilatore dichiarante _____ (firma leggibile e per esteso)

ALLEGARE FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL DICHIARANTE

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI INGRESSO

COGNOME E NOME OSPITE _____

DOCUMENTI DEL CONTRAENTE (CHI FIRMA IL CONTRATTO):

- COPIA CARTA DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ
- COPIA DEL CODICE FISCALE
- COPIA DELLA NOMINA DEL TUTORE LEGALE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (SE PRESENTE)

DOCUMENTI DELL'OSPITE:

- SCHEDA MEDICA PRE-INGRESSO COMPILATA DAL MEDICO CURANTE (o dal Medico della Struttura sanitaria di provenienza)

in alternativa:

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE (o del Medico della Struttura sanitaria di provenienza) SPECIFICANDO PATOLOGIE PREGRESSE E/O IN CORSO E TERAPIA IN CORSO + CERTIFICATO DI ASSENZA MALATTIE INFETTIVE IN CORSO

- CARTA DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ IN ORIGINALE
- TESSERA SANITARIA IN ORIGINALE
- LIBRETTO SANITARIO IN ORIGINALE
- VERBALE DI INVALIDITÀ (SE IN POSSESSO O EVENTUALE RICHIESTA PRESENTATA)
- ATTESTATO DI ESENZIONE TICKET (SE IN POSSESSO)
- TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA A PRECEDENTI RICOVERI OSPEDALIERI O VISITE SPECIALISTICHE
- REVOCA DEL MEDICO CURANTE PER GLI OSPITI FUORI REGIONE
- EVENTUALE PIANO TERAPEUTICO PER PANNOLONI / OSSIGENO / MATERIALE SANITARIO PER OSPITE DIABETICO / ALIMENTI SPECIALI PER CHI HA LA PRESCRIZIONE
- EVENTUALE COPIA ATTESTANTE INTEGRAZIONE DA ENTE (ASL/COMUNE/CONSORZIO....) SE ATTIVA

ALTRO _____

Si ricorda di portare al momento dell'ingresso i farmaci e i pannoloni in uso.

CORREDO INDICATIVO/ACCESSORI DA TOILETTE PERSONALI

COGNOME E NOME OSPITE _____ N° BIANCHERIA ASSEGNATO _____

QUANTITÀ	DESCRIZIONE INDUMENTO/ACCESSORIO DA TOILETTE
N°	SLIP (SE UTILIZZATI)
N°	TUTE IN COTONE O VESTITI COMODI (SI SCONSIGLIANO PANTALONI CLASSICI)
N°	MAGLIE APERTE DAVANTI (CON CERNIERA O BOTTONI)
N°	MAGLIE INTIME (ESTIVE, INVERNALI)
N°	PAIA DI CALZE (ESTIVE, INVERNALI)
N°	CAMICIE DA NOTTE O PIGIAMA (ESTIVI, INVERNALI)
N°	PLAID INVERNALE PER UTILIZZO PERSONALE DURANTE IL GIORNO
N°	PLAID LEGGERO PER LA STAGIONE ESTIVA PER UTILIZZO PERSONALE DURANTE IL GIORNO
N°	PORTA DENTIERA
N°	SPAZZOLINO DA DENTI
N°	PASTIGLIE PER LA PULIZIA DELLA DENTIERA
N°	PASTA ADESIVA PER DENTIERA
N°	FAZZOLETTI DI STOFFA (SE UTILIZZATI) O FAZZOLETTI DI CARTA USA E GETTA (PREFERIBILI)
N°	PETTINE O SPAZZOLA
N°	SALVIETTE IMBEVUTE
N°	DENTIFRICIO
N°	COLONIA NON ALCOLICA (SE UTILIZZATA)
N°	CREMA IDRATANTE CORPO
N°	SCARPA MORBIDA CON VELCRO CHIUSE
N°	ASCIUGAMANI VISO (se non forniti direttamente dalla Struttura)
N°	ASCIUGAMANI BIDET (se non forniti direttamente dalla Struttura)
N°	RASOIO ELETTRICO
N°
N°

N.B.

Si consiglia vivamente di evitare l'utilizzo di indumenti di fattura pregiata e di tessuti delicati.