



Spett. le A.S.P.

CASA di RIPOSO "A. SUAREZ"

Via Garibaldi,39

17057 CALIZZANO (Sv)

Oggetto: DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a

nat ____ a _____ prov. ____ il _____ residente a

_____ prov. ____ in _____

n° _____; C.F. _____;

proveniente da(Casa propria, Casa di Riposo, Ospedale)

dati della Persona responsabile dell'ammissione:

Sig./Sig.ra _____ in qualità

di _____ C.F. _____

indirizzo _____

telefono _____

e-mail : _____

CHIEDE

l'ammissione a tempo **DETERMINATO/INDETERMINATO** (contrassegnare)
presso codesta struttura denominata "**CASA DI RIPOSO A. SUAREZ**", con sede
in Calizzano (Sv), con alloggiamento:

- In camera doppia/tripla con bagno
- In camera singola con bagno

A TAL FINE SI IMPEGNA A:

1. comunicare tempestivamente eventuali rinunce
2. ad osservare tutte le norme emanate o emanande previste dai Regolamenti di codesta struttura

COMUNICA

I SEGUENTI NOMINATIVI E RECAPITI DI FAMIGLIARI/CONOSCENTI CUI L'ENTE
POTRA' RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA':

1	Cognome e nome	Relazione parentela	telefono
2			
3			
4			
5			

ALLEGA la seguente documentazione:

- Originale tessera sanitaria
- Originale libretto sanitario
- Fotocopia carta identità (in corso di validità)
- Fotocopia verbale ASL di accertamento invalidità civile (se presente)
- Dichiarazione ISEE

- Atto di nomina di eventuale Amministratore di sostegno/Tutore
- Copia documento identità del Responsabile dell'ammissione

Se il ricoverando fosse residente nel comune di Calizzano, per richiedere la tariffa agevolata (per 15 anni minimi di residenza nel predetto comune) è necessario dichiararlo.

Calizzano, _____

firma del Ricoverando o di chi ne fa le veci

IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO RETTA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
_____ prov. (_____) il _____ e residente a _____
_____ Via _____ n. _____ tel. _____
in qualità di _____ dell'ospite Sig./Sig.ra _____
ammesso/a in camera _____ a far data dal giorno _____

SI IMPEGNA A :

- 1 versare una cauzione equivalente all'importo di una mensilità che verrà restituita a fine degenza;
- 2 versare un anticipo di € 100,00 quale deposito sulle spese di farmaci/spese personali;
- 3 corrispondere, in solido con l'ospite sopracitato nei modi stabiliti dal CdA, la retta mensile pari a €. entro e non oltre il giorno 5 di ogni mese;
- 4 a riconoscere nel caso in cui all'atto della presente ammissione sia stata stabilita la retta di 'semi autosufficienza' e successivamente subentri da parte dell'ASL il regime di convenzionamento con tariffa sanitaria, la retta da pagare sarà rideterminata e riferita alla intera retta alberghiera in vigore;
5. accettare le rette della Casa di Riposo A. Suarez di Calizzano attualmente in vigore così come in dettaglio indicate nel prospetto che precede la sottoscrizione della presente impegnativa ;
6. rimborsare le spese mediche, di farmaci e tickets, oltre ad eventuali spese di trasporto in ambulanza;
- 7 provvedere tempestivamente alla presa in carico dell'ospite qualora questi fosse dimesso dall'Ente, manlevando l'Amministrazione della Casa di Riposo da qualsiasi responsabilità;
- 8 accettare, previa tempestiva notifica, ogni e qualsivoglia aumento e/o variazione dell'importo della retta mensile decisa dall'Amministrazione dell'Ente;
- 9 accettare ogni eventuale spostamento dell'ospite da una camera ad un'altra (nel limite della scelta per una camera singola o doppia) che, ad insindacabile giudizio da parte dell'Amministrazione, sia finalizzato a garantirne una migliore assistenza e/o per motivi organizzativi;
- 10 accettare le norme che L'Amministrazione emanerà ogni qualvolta si rendano necessarie ed opportune per il buon funzionamento della Casa di Riposo.

MODALITA' DI PAGAMENTO RETTA

IL PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE DEVE ESSERE EFFETTUATO ENTRO I PRIMI CINQUE GIORNI DEL MESE CORRENTE, MEDIANTE DELEGARID/BONIFICO BANCARIO A FAVORE DI :

“CASA DI RIPOSO A.SUAREZ” – IBAN : IT 72T 03425 49340 T20200010503-

c/o BANCO DI CREDITO P. AZZOAGLIO S.P.A. - Agenzia di Calizzano -

NELLA CAUSALE DI VERSAMENTO INDICARE::

Retta mese di..... a favore della Casa di Riposo "A. Suarez" di Calizzano per l'ospite

Sig./Sig.ra _____

Art. 8 (Regolamento accettazione/ammissione/dimissioni/decesso ospiti)

Rimborsi – Restituzione Cauzione

1. In caso di decesso o di dimissione dell'ospite, a partire dal quindicesimo giorno del mese in corso, la retta si intende corrisposta per tutto il mese, non essendovi diritto di alcun rimborso.
2. In caso di decesso o di dimissione dell'ospite, entro il quattordicesimo giorno del mese, si procederà al rimborso della quota della retta corrispondente ai giorni effettivamente non goduti, dietro istanza scritta della persona responsabile dell'ospite o dell'ospite stesso, da presentarsi inderogabilmente entro un mese dal decesso /dimissioni.
3. Non sono rimborsabili, ai fini della retta, le giornate di eventuale ricovero ospedaliero o di assenze temporanee per altra motivazione.
4. Le istanze per la restituzione della cauzione devono essere presentate entro un mese dal decesso o dalla dimissione dell'ospite
5. Le istanze di rimborso pervenute oltre al termine di cui al comma 2 non saranno prese in considerazione

Calizzano, _____

firma del Ricoverando o di chi ne fa le veci

RETTE

RETTE dal 01/07/2025	QUOTA ALBERGHIERA			QUOTA DI NON AUTOSUFFICIENZA			
QUOTA ALBERGHIERA	CALIZZANESE con AGED fino a 10	NON CALIZZANESE con AGED fino a 10	CONVENZIONATO ASL	AGED da 10,1 a 12	AGED da 12,1 a 14	AGED da 14,1 a 16	AGED oltre 16
CAMERA SINGOLA	2.116,00	2.116,00		100,00	170,00	250,00	270,00
			Solo quota ALBERGHIERA	Tariffa convenzione ASL			
CAMERA DOPPIA/ TRIPLA	1.616,00	1.786,00		100,00	170,00	250,00	270,00
			Solo quota ALBERGHIERA	Tariffa convenzione ASL			

Letto, approvato e sottoscritto.

Firma del ricoverando o di chi ne fa le veci

INFORMAZIONI UTILI PER GLI OSPITI

BIANCHERIA PERSONALE:

Tre o quattro cambi di biancheria personale in fibre naturali, evitando il più possibile capi in poliestere, prediligendo tute o comunque abbigliamento pratico e di facile lavatura/asciugatura. E' necessario etichettare con il numero assegnato ogni capo personale. Pantofole chiuse

PRODOTTI PER L'IGIENE DELL'ANZIANO:

Dentifricio, spazzolino, carta igienica, fazzolettini di carta, spugna per bagno, rasoio elettrico (per gli uomini), bacinella.

ORARIO DI AMMISSIONE OSPITI :

Dalle ore 8:30 alle ore 11:00 e dalle ore 13:30 alle ore 15:00(nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e venerdì)

ORARIO DI VISITA

Le visite sono organizzate preferibilmente su appuntamento, tutti i giorni, in orario antimeridiano e pomeridiano

TELEVISIONE

E' possibile portare la propria televisione in camera e, se si tratta di camera doppia/tripla, è consigliato l'uso delle cuffie (eventualmente fornibili dalla struttura)

FUMO

In tutta la struttura vige il tassativo divieto di fumo ai sensi della Legge n°3/2003 (e successive modifiche)

VALORI

La struttura ed il personale non sono responsabili per furti, smarrimento, deterioramento di cose e/o oggetti di varia natura (valori, orologi, protesi, apparecchi acustici, occhiali, ecc)

PANNOLONI

In caso di utilizzo di pannoloni, si rende necessaria la fornitura ASL. Se non ancora operante, sarà richiesta dalla struttura. Se già attiva, si prega di far convergere detta fornitura presso la struttura. Nel caso venga utilizzato un numero di pannoloni eccedente la fornitura, saranno addebitati i pannoloni adoperati oltre detta fornitura. L'addebito sarà effettuato al prezzo di costo ed incluso nel deposito medicinali trimestralmente.

INTOLLERANZE ALIMENTARI

In caso di intolleranze /allergie alimentari , gli alimenti idonei alla dieta dell'ospite devono essere forniti periodicamente dai sigg. Parenti.

REGOLAMENTO OSPITI

- Gli Ospiti sono invitati a tenere un comportamento corretto nei confronti degli altri Ospiti, del Personale e dei Visitatori.
- In caso di uscita all'esterno della struttura con accompagnatori/parenti, questi ultimi sono tenuti a firmare in entrata ed in uscita l'apposito registro conservato c/o i locali Infermeria(1° e 2° piano), avendo cura di rientrare entro l'orario previsto per i pasti
- Nel caso l'Ospite consumi il pasto fuori dalla struttura, si prega di avvisare tempestivamente il Personale/ Cucina
- Il personale di assistenza privato deve preventivamente avvertire la Direzione della propria presenza in struttura e ritirare presso la Segreteria apposito regolamento
- E' vietato fumare ovunque, all'interno della struttura ed utilizzare apparecchiature /strumenti elettrici o a gas (phon, fornelli , ecc..)
- E' consentita la personalizzazione delle camere, con possibilità di utilizzare piccoli arredi personali come orologi, quadri, su autorizzazione della Direzione
- E' consigliato non tenere con sé ingenti somme di denaro o oggetti di valore. I valori possono essere depositati nella cassaforte dell'ufficio Segreteria, ricevendo relativa ricevuta. Il Personale non è responsabile per eventuali smarrimenti di denaro e/o oggetti di valore compresi protesi, occhiali e apparecchi acustici. Idem in caso di deterioramento di oggetti di varia natura.
- I parenti degli ospiti possono pranzare in struttura con il proprio congiunto dandone preventiva comunicazione alla Segreteria (almeno il giorno prima; una settimana prima per le Festività)(attività momentaneamente sospesa)
- Previa autorizzazione della Direzione ed in casi di effettiva necessità, gli ospiti possono essere assistiti per l'assunzione del pasto. L'assistenza socio-sanitaria resta di esclusiva pertinenza del Personale qualificato
- I parenti /visitatori che desiderino portare dolci o altri generi alimentari, preferibilmente confezionati industrialmente, devono avvisare preventivamente il personale infermieristico
- Le visite sono consentite al momento e fino a data da destinarsi previo appuntamento.
- Eventuali effetti personali di ospiti dimessi o deceduti vengono conservati in struttura per un periodo massimo di 6 mesi, dopo di che cestinati se non ritirati.
- A cura dei famigliari, sul vestiario dell'ospite, per opportuna identificazione, dovrà essere applicato il numero assegnato all'ingresso in struttura. La Casa di Riposo dispone del servizio lavanderia, ma non si assume alcuna responsabilità per lo smarrimento o il deterioramento dei capi di vestiario
- I parenti possono conferire con il Direttore Sanitario e/o con i medici curanti

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ESAMI OBBLIGATORI da ESEGUIRSI PRIMA dell' INSERIMENTO in STRUTTURA a CURA del RICOVERANDO:

(da allegare al certificato medico)

- ANTI HCV; ANTI HBV; HBS ag.
- EMOCROMO; CREATININA; GLICEMIA; GOT; GPT; GAMMA GT; FOSFATASI ALCALINA; BILIRUBINA; PCR; SIDEREMIA; POTASSIEMIA; SODIEMIA COLESTEROLO TOTALE; ESAME URINE.
- TAMPONE RETTALE per RICERCA KLEBSIELLA KPC(se proveniente da ospedale/struttura)

PER L'ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA E' INDISPENSABILE CHE, PER L'OSPITE PROVENIENTE DAL PROPRIO DOMICILIO, SIA REDATTA UNA RELAZIONE SULLO STATO GENERALE DI SALUTE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE, CON ANAMNESI PREGRESSA E PRESENTE OLTRE ALLA TERAPIA IN ATTO E RELATIVA POSOLOGIA.

SCELTA DEL MEDICO CURANTE PRESSO LA CASA DI RIPOSO "A. SUAREZ":

(nome e
cognome)_____

(IL CAMBIO MEDICO E' A CURA DELLA CASA DI RIPOSO A. SUAREZ)

PESO

EVENTUALI LESIONI DA DECUBITO

SE PRESENTI, SPECIFICARE TIPO E ZONA

ALLERGIE/INTOLLERANZE

DIABETE

FUMATORE/FUMATRICE

VACCINAZIONE ANTI COVID 19

NO - SI (n° dosi: _____)

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

acconsento / non acconsento

VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA

acconsento / non acconsento

Informato/a circa le indicazioni profilattiche e dei rischi connessi sia alla pratica, sia alla rinuncia, esprimo il mio consenso/dissenso alla esecuzione delle suddette vaccinazioni.

ANAMNESI

Firma ospite _____

APR _____

APP _____

Terapia in corso e posologia: _____

Timbro e firma del Medico _____

CERTIFICATO MEDICO

(da compilarsi a cura del medico curante)

	Coerente	
COERENZA	Parzialmente coerente	
	Incoerente	
	Ben orientato	
ORIENTAMENTO	Parzialmente/saltuariamente orientato	
	Disorientato in tempo/spazio	
	Vede bene	
VISTA	La funzione è parzialmente conservata	PORTA OCCHIALI SI NO
	Non vedente	
	Sente bene	
UDITO	La funzione è parzialmente conservata	PORTA APP. ACUSTICO SI NO
	Non udente	
	Autosufficiente	
IGIENE PERSONALE	Parzialmente autosufficiente	
	Non autosufficiente	
	Autosufficiente	
ABBIGLIAMENTO	Parzialmente autosufficiente	
	Non autosufficiente	
	Nessun aiuto	
AIUTO NELL'ALIMENTAZIONE	Adattamento al pasto	PORTA LA PROTESI SI NO
	Aiuto totale/sorveglianza	
CONTINENZA	URINARIA - Continente	ANALE - Continente
	Incontinente saltuario	Incontinente saltuario
	Incontinente frequente	Incontinente frequente
	Nessun aiuto	
DEAMBULAZIONE	Aiuto meccanico	Carrozzina/deamb./bastone
	Aiuto umano	Presidio di proprietà SI NO

RISERVATO ALL'ENTE

Parere del Responsabile Sanitario della Casa di Riposo A. Suarez

Il sottoscritto Direttore Sanitario della Casa di Riposo A. Suarez di Calizzano, esprime il parere seguente sulle condizioni psico-fisiche del ____ Ricoverand ____

Sig./Sig.ra _____

- ☐ trattasi di Persona Autosufficiente
- ☐ trattasi di Persona Non Autosufficiente

NOTE – OSSERVAZIONI – SUGGERIMENTI :

Calizzano, _____

IL RESPONSABILE SANITARIO

Dott. Giorgio Barberis

AUTORIZZAZIONE

Vista la domanda di ammissione presentata per il ricovero

del_ Sig. _____, ed il parere del

Responsabile Sanitario , se ne autorizza l'ammissione.

Calizzano, _____

Il Presidente

Orario di accesso al pubblico

Mattino: dalle ore 10.00

dal lunedì al sabato
e/o su appuntamento.

Contatti: tel 019 79668 - cell. 370 3137996 (per video chiamate)

e-mail: info@casasuarez.it

VISITATE IL SITO : WWW.CASASUAREZ.IT