

Spett.le  
FONDAZIONE RACHELE ZITOMIRSKI  
Piazza Mons. Francesco Palmero, 1  
18019 VALLECROSA IM

## DOMANDA DI ACCOGLIENZA RSA CASA RACHELE

...l... sottoscritt... ..

residente in ....., prov. di .....

cap ....., via ....., n° ....., tel .....

### CHIEDE

l'ospitalità presso la RSA Casa Rachele per ...l... Signor...

....., nat... a .....

prov. di ....., il ....., residente a .....

prov. di ....., cap ....., Via ....., n° .....

codice fiscale ....., in qualità di ospite

..... (1), in camera a .....(2) post.... letto.

A tale fine dichiara di essere:

➤  figlio/a       nipote       marito/moglie       fratello/sorella

altro (specificare) ..... della persona per cui rivolge l'istanza;

➤ consapevole che la presente domanda verrà archiviata, dalla Fondazione Rachele Zitomirski, trascorsi due anni senza che possa essere accettata.

Nella speranza che la presente venga benevolmente accolta porge cordiali saluti.

Vallecrosia, .....

.....  
firma

(1) specificare se residente o diurno

(2) uno o due

**RICHIESTA DI INTEGRAZIONE RETTA  
DA PARTE DELLA FONDAZIONE RACHELE ZITOMIRSKI - ONLUS**  
(riservato ai cittadini di Vallecrosia e Vallebona)

In riferimento all'allegata domanda di ospitalità, il sottoscritto richiede l'integrazione della retta da parte della Fondazione R. Zitomirski - onlus in quanto ... I ... Sig. .... è cittadino/a di .....

Si impegna fin d'ora a rimborsare alla Fondazione R. Zitomirski - onlus eventuali integrazioni di rette concesse e derivanti dalla inesatta dichiarazione di cui sopra.

Vallecrosia, .....  
firma

**referenti e dati della persona da ospitare:**

- altri recapiti telefonici oltre a quello di chi presenta la domanda:
  - Sig .... grado di parentela ..... tel. ....
  - Sig .... grado di parentela ..... tel. ....
  - Sig .... grado di parentela ..... tel. ....
  - Sig .... grado di parentela ..... tel. ....
- Medico di Base: Dott. ....
  - tel. studio ..... tel. cell. ....
- professione/i svolte durante l'attività lavorativa: .....
- titolo di studio: .....
- hobby: .....
- giorno dell'anno in cui festeggia l'onomastico: .....
- usufruisce dell'esenzione dei ticket sanitari per reddito?     SI     NO
- importo netto mensile della pensione/i incluso l'accompagnamento: € .....
- è già stato/a Ospite di strutture per anziani?     SI     NO
  - se SI indicare quali e il motivo dell'uscita dalle precedenti strutture:  
.....  
.....
- cognome e nome dei genitori (ai fini della compilazione dei registri parrocchiali occorre fornire i nominativi dei genitori della persona per cui si inoltra domanda):
  - padre: .....
  - madre: .....

## Informativa d. lgs. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 196/2003 ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare la Fondazione Rachele Zitomirski La informa di quanto segue.

I dati personali liberamente comunicati saranno registrati su database cartacei/elettronici, protetti e non accessibili al pubblico.

Proprietario del database e responsabile per il trattamento dei dati è la Fondazione Rachele Zitomirski.

Il trattamento dei dati forniti avviene per le seguenti finalità :

- a) fornire i servizi previsti e rilevarne il grado di soddisfazione;
- b) informarla sui nuovi prodotti e servizi;
- c) ottemperare agli obblighi di legge.

I suoi dati personali potranno essere comunicati dalla Fondazione Rachele Zitomirski ai sensi dell'art. 20 della Legge:

- a società controllate o collegate alla Fondazione Rachele Zitomirski ai sensi dell'art. 2359 codice civile;
- persone fisiche o giuridiche che per conto della Fondazione Rachele Zitomirski effettuino specifici servizi elaborativi o svolgano attività connesse o di supporto.

In nessun altro caso i suoi dati personali saranno da noi trasmessi a terze parti eccezion fatta nei casi in cui la Fondazione Rachele Zitomirski:

- abbia avuto il suo consenso esplicito a condividere i suoi dati con terze parti;
- debba ottemperare ad ordini scritti dell'Autorità Giudiziaria;

In conformità con norma vigente la Fondazione Rachele Zitomirski riconosce i seguenti diritti:

- a) di accedere in qualsiasi momento ai suoi dati;
- b) di ottenere in qualsiasi momento:
  - b1) la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine;
  - b2) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi sia l'interesse, l'integrazione dei dati;
  - b3) l'attestazione che le operazioni di cui al punto 2b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi;
- c) di opporsi per motivi legittimi, al trattamento dei dati;
- d) di opporsi ai trattamenti per finalità commerciali, pubblicitarie o di ricerche di mercato.

Per esercitare i suddetti diritti può scrivere a: Fondazione Rachele Zitomirski via San Rocco 11 - 18019 Vallecrosia.

### Consenso

In esecuzione al d. lgs. 196/2003, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il Richiedente fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, direttamente o anche attraverso terzi per ottemperare ad obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria.

Titolare del trattamento dati è la Fondazione Rachele Zitomirski. L'utente in relazione al trattamento dei propri dati personali potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti.

Data:

Firma \_\_\_\_\_

## PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

Gent. Dottore / Gent.ma Dottoressa,

le chiediamo alcuni minuti del Suo prezioso tempo al fine di poter valutare attentamente i bisogni assistenziali del Suo/a paziente, così da poterci occupare di lui/lei con estrema efficacia fin dal primo momento dell'ingresso nella Residenza Protetta.

### ***dati di carattere generale:***

- usufruisce dell'esenzione dei ticket sanitari per patologia?  SI  NO
  - se SI indicare patologie e codici di esenzione:  
.....
- ha invalidità civile?  SI  NO se SI, indicare % .....
- percepisce l'assegno di accompagnamento? (allegare copia verbale)  SI  NO
  - se NO, è già stata presentata la domanda? (allegare copia)  SI  NO
- allergie note: .....
- patologie infettive note: .....
- protesi: .....
- malattie e interventi pregressi: .....
- .....
- .....
- .....
- malattie attuali: .....
- .....
- .....
- .....
- terapie in atto: .....
- .....
- .....
- esami allegati:
  - emocromo  glicemia  azotemia
  - creatinina  uricemia  transaminasi
  - marker HBV  marker HCV  rx torace
  - ECG + visita card.  .....  .....

(non verranno prese in considerazione domande prive degli esami sopra stampati)

## VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA

### **condizioni generali:**

buone                       discrete                       scadenti                       gravi

### **autosufficienza** (giudizio complessivo):

buona                       discreta                       scarsa                       assente

### **condizioni psico-intellettive** (più risposte):

lucidità	assente <input type="checkbox"/>	saltuaria <input type="checkbox"/>	costante <input type="checkbox"/>
confusione e disorientamento spazio-temporale:	assente <input type="checkbox"/>	saltuario <input type="checkbox"/>	costante <input type="checkbox"/>
agitazione psico-motoria	assente <input type="checkbox"/>	modesta <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
depressione del tono dell'umore	assente <input type="checkbox"/>	modesta <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>

### **incontinenza:**

nessuna   
occasionale   
abituale urina   
doppia incontinenza   
presenza di catetere vescicale                      SI                       NO

### **igiene personale:**

autonoma                       parzialmente autonoma                       non autonoma

### **alimentazione:**

autonoma                       con aiuto                       completamente dipendente

elencare eventuali prescrizioni dietetiche: .....

.....

### **mobilità all'interno:**

autonoma                       in autonomia con presidio                       dipendente con presidio

elencare eventuali presidi utilizzati: .....

se con carrozzina, passaggio wc/carrozzina autonomo?                      SI                       NO

### **mobilità all'esterno:**

autonoma                       autonoma con accomp.                       con presidio                       non esce

**inserimento sociale:**

- nessun problema
- qualche difficoltà
- frequenti contrasti
- gravi problemi relazionali
- nessuna relazione sociale

**deficit sensoriali:**

- |        |                                  |                                |                                |                                 |
|--------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| udito: | nessuno <input type="checkbox"/> | lieve <input type="checkbox"/> | grave <input type="checkbox"/> | totale <input type="checkbox"/> |
| vista: | nessuno <input type="checkbox"/> | lieve <input type="checkbox"/> | grave <input type="checkbox"/> | totale <input type="checkbox"/> |

**decubiti:**

- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| nessuno <input type="checkbox"/>      |                                   |
| una sede <input type="checkbox"/>     | più sedi <input type="checkbox"/> |
| superficiali <input type="checkbox"/> | profondi <input type="checkbox"/> |

zone interessate: .....

**trattamento riabilitativo:**

- nessuna necessità
- riattivazione generale
- F.K.T. specifica

in caso di FKT, indicare patologie: .....

.....

.....  
data

.....  
timbro e firma del Medico curante

La ringraziamo per le Sue indicazioni che consentiranno al Responsabile Sanitario e al personale della Residenza Protetta di valutare gli interventi necessari e redigere il primo piano di assistenza personalizzato.