

RICHIESTA DATI PER L'AMMISSIONE

Richiesta effettuata da: _____ in data: _____

Da segnalare in lista d'attesa come urgente: No Sì, dal: _____

DATI ANAGRAFICI

Intestazione: Signora Signor

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo domicilio: _____ CAP e località: _____

Data di nascita: _____ Nr. AVS: _____

Attinenza: _____

Comune di domicilio: _____

(Comuni convenzionati: Cugnasco-Gerra, Lavertezzo, Gordola, Tenero-Contra, Mergoscia e Verzasca)

Nazionalità / Lingua: _____ / _____

Permesso stranieri: _____ (fornire fotocopia)

Situazione personale: Nubile/Celibe Sposata/o Separata/o Divorziata/o Vedova/o

Assegno grande invalido (AGI): Non percepito Grado esiguo Grado medio Grado elevato

Rendite residente: AVS: Sì No Prestazione complementare (PC): Sì No

AI: Sì No Altre: Sì No

Nome coniuge: _____

Medico curante: _____ Medico desiderato: _____

Religione: _____

Ex professione: _____ Titolo di studio: _____

DATI SOGGIORNO

Provenienza: _____ Istituto di provenienza: _____

Motivo entrata: _____

CONTATTO 1 – RECAPITO RAPPRESENTANTE AMMINISTRATIVO (fatturazione e corrispondenza)

Grado parentela / amicizia: _____ Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____ Località: _____

E-mail: _____

Telefono: _____ / _____ / _____

CONTATTO 2 - RECAPITO RAPPRESENTANTE TERAPEUTICO (con procura del residente)

Grado parentela / amicizia: _____ Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____ Località: _____

E-mail: _____

Telefono: _____ / _____ / _____

CONTATTO 3

Grado parentela /
amicizia: _____ Cognome e Nome: _____
Indirizzo: _____ Località: _____
E-mail: _____
Telefono: _____ / _____ / _____

CONTATTO 4

Grado parentela /
amicizia: _____ Cognome e Nome: _____
Indirizzo: _____ Località: _____
E-mail: _____
Telefono: _____ / _____ / _____

CONTATTO 5

Grado parentela /
amicizia: _____ Cognome e Nome: _____
Indirizzo: _____ Località: _____
E-mail: _____
Telefono: _____ / _____ / _____

DATI CASSA MALATI (all'ammissione consegnare la tessera originale in amministrazione)

Cassa malati: _____ Sezione di: _____
Nr. Assicurato: _____
Nr. Tessera: _____

DESIDERI

Telefono: Sì No Linea diretta verso l'esterno: Sì No
Televisione: Sì No

INFORMAZIONI PRECEDENTI AL RICOVERO

Viveva solo: No Sì _____
Negli ultimi 5 anni è già stato in: Questo istituto Un'altra casa anziani Un altro istituto
 Un istituto psichiatrico Un istituto per handicappati mentali
 Nessuno dei precedenti
Aveva un aiuto domiciliare: No Sì, il seguente: _____

Luogo e data:

Firma del residente o del rappresentante legale:
