

**DOMANDA D'AMMISSIONE ALLA CASA FAMIGLIA PER ANZIANI "BETH-SHALOM"  
O.N.L.U.S.**

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

(se è l'anziano/a a presentare la domanda, non compilare questo riquadro)

Il sottoscritto (grado di parentela) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

chiede l'ammissione in struttura del proprio congiunto

**DATI ANAGRAFICI DELL'ANZIANO/A**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Stato civile  coniugato/a  celibe/nubile  separato/a, divorziato/a  vedovo/a  
Figli n° \_\_\_ viventi \_\_\_ (maschi \_\_\_, femmine \_\_\_)  
Assegno di accompagnamento  sì  no  
Invalidità  sì  no (se sì indicare la percentuale \_\_\_)  
Pensione percepita \_\_\_\_\_ €, altri redditi \_\_\_\_\_

**SCHEDA DELL'ANZIANO/A**

**Condizioni generali:**  buone  discrete  compromesse  gravi

**Stato mentale:**  lucido  confuso  dissociato

**Stato sensorio:**  integro  cecità  sordità  altro \_\_\_\_\_

**Comunicazione:**  comprensibile  non comprensibile

**Deambulazione:**  normale  con aiuto  allettato  con ausili \_\_\_\_\_

**Incontinenza:**  sì  no

**Tendenza all'isolamento:**  sì  no

**Igiene:**  da solo  con aiuto  dipendenza totale

**Vestizione:**  da solo  con aiuto  dipendenza totale

**Alimentazione:**  da solo  con aiuto  dipendenza totale

**Diabete:**  sì  no

**Diete speciali** \_\_\_\_\_

**Condizioni di non autosufficienza:** catetere  sì  no, necessità di ossigeno  sì  no

**Paralisi** \_\_\_\_\_

**Abitudini:** fumatore  sì  no, altro \_\_\_\_\_

**Allergie e/o intolleranze alimentari** \_\_\_\_\_

**Problemi clinici prevalenti** \_\_\_\_\_

**Terapia farmacologica attuale** \_\_\_\_\_

**Motivo della domanda:**  persona non autonoma  vive solo  vive in un alloggio non idoneo  
 la famiglia non può provvedere  altro \_\_\_\_\_

**Urgenza del soggiorno:**  estrema  inserimento in lista d'attesa

**Provenienza:**  propria abitazione ( con badante  con assistenza domiciliare  solo  con famiglia)  ospedale  istituto di riabilitazione  altra struttura

Data: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

