



DOMANDA D'AMMISSIONE

DATI PERSONALI

Cognome	
Nome	
Nato/a il	
Stato civile	
Nome del coniuge	
Nazionalità	
Attinenza	
Indirizzo	
Telefono	
N° AVS	
Religione	
Professione/Formazione	
Hobbies/Abitudini	
Animali domestici	

PERSONE DI RIFERIMENTO

	Nome/Cognome	Indirizzo completo	Telefono/natel	Parentela/altro
1				
2				
3				
4				

➔ in caso di comunicazione urgente chiamare la persona di riferimento numero ____

RAPPRESENTANTE LEGALE (se esistente)

Nome/Cognome	Indirizzo completo	Telefono/natel	Parentela/altro



TIPO DI RICHIESTA

Degenza definitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Richiesta urgente	<input type="checkbox"/> Richiesta preventiva
Degenza temporanea			

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Salute	
Sociale, solitudine	
Barriere architettoniche	
Altro	

IL PAZIENTE SI TROVA ATTUALMENTE

Al suo domicilio	
Presso famigliari/amici	
In casa anziani	
Ospedale/Clinica	
Altro	

ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA

	Da solo/a	Aiuto parziale	Totalmente dipendente	Mezzi ausiliari usati
Si veste/sveste				
Igiene personale				
Usa WC				
Si alza/siede				
Trasferimento letto-sedia				
Cammina				Bastone <input type="checkbox"/>
				Stampelle <input type="checkbox"/>
Fa le scale				Deambulatore <input type="checkbox"/>
				Carrozzina <input type="checkbox"/>
Si alimenta				PEG <input type="checkbox"/>



DIETA

Normale		Diabetica		Altro/Intolleranze alimentari:
Vegetariana		Vegana		

DATI AMMINISTRATIVI-SANITARI

Cassa malati	
N° assicurato	
Medico curante	

DIAGNOSI (scrivere di seguito o allegare rapporto stampato)

TERAPIA ATTUALE (scrivere di seguito o allegare rapporto stampato)



STATO PSICHICO

Tranquillo/a	<input type="checkbox"/>
Agitato/a	<input type="checkbox"/>

STATO COGNITIVO

Orientato/a	<input type="checkbox"/>		
Confuso/a	<input type="checkbox"/>		
Demenza nota	<input type="checkbox"/>	MMS	Clock-test

CONTINENZA

Continente	<input type="checkbox"/>
Incontinente urine	<input type="checkbox"/>
Incontinente feci	<input type="checkbox"/>
Catetere fisso	<input type="checkbox"/>

DECISIONI DI FINE VITA/DIRETTIVE ANTICIPATE

Assenti	<input type="checkbox"/>	
Presenti	<input type="checkbox"/>	(pf allegare copia)

Cognome e nome di chi ha compilato la richiesta:

Data

Firma

Firmando dichiaro la veridicità delle informazioni fornite ed accetto di partecipare alla visita guidata dell'Istituto San Carlo che mi verrà proposta.

Il formulario è da inviare tramite posta, fax o e-mail a:

Istituto per Anziani San Carlo
Via in Selva 22
CH-6600 Locarno

Tel. 091 756 28 88
Fax 091 752 17 84
e-mail: istituto.sancarlo@locarno.ch