

RELAZIONE SANITARIA

**Alla Fondazione Casa Di Riposo e
Residenza Protetta Don G. Marzetti
Via Oreste Murani, 30/b
63825 - Monterubbiano (FM)**

Oggetto: Relazione Sanitaria

Trasmettiamo in allegato la relazione in oggetto riferita all'assistito

DATI DELL'ASSISTITO	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	Prov. ()
Codice Sanitario	
Medico di base	
ASUR - Distretto	
Codice Esenzione ticket:	<input type="checkbox"/> SI Quale..... <input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma e timbro del Medico

ATTUALE SISTEMAZIONE

- Domicilio
- Istituto di Riabilitazione
- Ospedale
- Altro

BREVE ANAMNESI

<u>ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE</u>
Apparato cardiovascolare
Apparato respiratorio
Apparato digerente
Apparato urino-genitale
Apparato osteomuscolare
Malattie del ricambio
Malattie neurologiche e psichiche (in atto o pregresse)
Malattie infettive contagiose (in atto o pregresse)

TERAPIA IN CORSO

AUTONOMIA

Il paziente è autonomo nel:

Lavarsi

- Si
- No
- Con aiuto

Vestirsi

- Si
- No
- Con aiuto

Alimentarsi

- Si
- No
- Con aiuto

Utilizzare servizi igienici

- Si
- No
- Con aiuto

Deambulazione

- Buona
- Incerta
- Con appoggio
- Impossibile

In riabilitazione motoria

- Si Data inizio | | | | |
- No

Incontinenza urinaria

- Assente
- Saltuaria
- Completa
- Cateterizzata

Incontinenza fecale

- Assente
- Saltuaria
- Completa

Piaghe da decubito

- Si
- No

Etilismo

- Si
- No

STATO PSICHICO ATTUALE

Orientamento nel tempo

- Si
- No

Orientamento nello spazio

- Si
- No

Malattie d'ordine psichico

- Si
- No

Ha subito ricoveri in reparti od Ospedali psichiatrici

- Si
- No

Presenta anomalie nel comportamento

- Si
- No

Soffre di sindrome ansiosa/depressiva

- Si
- No

È in cura presso specialisti neuro psichiatrici o centri psico sociali

- Si
- No

Eventuali terapie in corso:
Visus:
Udito:
Alterazioni del Linguaggio:
Altre notizie utili:

Data _____

Firma e timbro del Medico

Spett.le Consiglio di Amministrazione
Fondazione Casa Di Riposo e
Residenza Protetta Don G. Marzetti
Via Oreste Murani, 30/b
63825 - Monterubbiano (FM)

Oggetto: Domanda di ingresso

Il sottoscritto
residente in
trasmette con la presente domanda di ingresso presso la Fondazione Casa di Riposo e
Residenza Protetta Don G. Marzetti per:

- se stesso**

- il proprio familiare**

Cognome

Nome

Data _____

Firma del richiedente

DATI DELL'OSPITE	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	Prov. ()
Cittadinanza	

RESIDENZA	
Indirizzo	
Comune	
Provincia	
Cap	
Telefono	

Codice Fiscale _____ | | | | | | | | | | | | | | | |

Carta d'identità n. _____ | | | | | | | | | |

Data di scadenza _____ | | | |

Grado d'istruzione

- Analfabeti
- Alfabeti privi di titolo
- Licenza elementare
- Licenza media inferiore o eq.
- Diploma
- Diploma universitario/laurea
- Specializzazioni

Professione svolta

- Pensionato
- Casalinga
- Operaia/o
- Impiegata/o
- Lavoratore autonomo/libero professionista
- Altro

Condizione professionale

- Attiva
- Non attiva

Stato civile

- Coniugata/o
- Separata/o
- Divorziata/o
- Religiosa/o
- Nubile/Celibe
- Vedova/o

Pensione

- Nessuna
- Indicare tipologia

Invalidità civile

- Sì
- No

Indennità di accompagnamento

- Sì
- No
- In attesa

DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO:

- 1) Attestazione del medico di base della terapia farmacologica in atto (su modello struttura);
- 2) Copia di tutta la documentazione sanitaria dell'ospite;
- 3) Farmaci in terapia sufficienti per almeno una settimana;
- 4) Tessera sanitaria magnetica;
- 5) Tessera di esenzione ticket;
- 6) Copia del documento di riconoscimento dell'ospite e dei suoi garanti.

Questo Ente consegnerà all'utente un kit comprensivo di:

- Coprimaterasso (2)
- Lenzuolo (sopra e sotto - 4)
- Federa (2)
- Coperta (1)
- Copriletto (2)
- Asciugamani (telo da bagno: 1 – salvietta: 1 – ospite: 1)
- Al costo di **€ 120,00**

DATI DEL GARANTE

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	Prov. ()
Codice Fiscale	
Telefono	
Cellulare	
Indirizzo	
Comune	
Provincia	
Cap	

PERSONE DI RIFERIMENTO

Cognome	
Nome	
Telefono	
Cellulare	
Indirizzo	
Comune	
Provincia	
Cap	

Cognome	
Nome	
Telefono	
Cellulare	
Indirizzo	
Comune	
Provincia	
Cap	

Informazioni utili:

Indirizzo: Via Oreste Murani, 30/B
63825 Monterubbiano (FM)

Numeri: Tel 0734.259991
Fax 0734.59190

E-mail: g.marzetti@libero.it

Per contattare il vostro ospite:

- chiamare il numero 0734.259991;
 - seguire la voce guida;
 - digitare il numero 4;
 - digitare il numero della camera.
- Es: per la camera 1 digitare 201, per la camera 10 digitare 210