

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO
ENTE TERZO SETTORE - ORIGGIO

DOMANDA DI INGRESSO
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Via Ardengo Visconti, 2
21040 - Origgio (VA)
Tel. 02 96732351
Fax. 02 96730922

Email: info@casasangiorgio.it
www.casasangiorgio.it

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

DOMANDA DI INGRESSO IN RSA

DATI DELL'OSPITE RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ Città _____ Prov. _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ Stato civile _____
Titolo di studio _____Numero di figli _____
Tessera sanitaria _____

Titolare di pensione SI ☐ NO ☐
Invalidità civile SI ☐ NO ☐ **(allegare verbale visita medica)**
Indennità di accompagnamento SI ☐ NO ☐
Percentuale di invalidità _____

MAIL DI RIFERIMENTO PER COMUNICAZIONI _____

Medico curante Cognome e Nome _____
Indirizzo _____
Telefono _____

DATI DELLA FIGURA DI PROTEZIONE GIURIDICA (tutore/curatore/amministratore di sostegno) LADDOVE PRESENTE
il Sig./sig.ra _____
(C.F. _____) nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
in qualità di Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno dell'Ospite Richiedente sig./sig.ra _____ (C.F. _____)
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____ Tessera Sanitaria n. _____,
come da provvedimento in data _____ del giudice tutelare che si allega in copia.

DATI DEL RICHIEDENTE OBBLIGATO
il Sig./sig.ra _____
(C.F. _____) nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
n. _____, in qualità di _____ (grado di parentela) e di soggetto di riferimento del/della Sig./Sig.ra _____ Ospite Richiedente come sopra identificato/a, il/la quale sottoscrive la presente domanda d'ingresso in RSA in favore dell'Ospite Richiedente e che, in caso d'ingresso dell'Ospite Richiedente in RSA, sottoscriverà il contratto di ingresso presso residenza sanitaria assistenziale in favore dell'Ospite beneficiario nonché in proprio diventando obbligato in solido con lo stesso per le prestazioni tutte di cui al contratto di ingresso presso residenza sanitaria assistenziale ivi comprese anche quelle di natura economica.

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

L'Ospite Richiedente o il Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno dell'Ospite Richiedente per l'Ospite Richiedente e/o il Richiedente Obbligato per l'Ospite Richiedente dichiarano di essere a conoscenza delle norme di regolamento della RSA, della natura e del tenore dei servizi offerti e della Carta dei Servizi e

CHIEDE

Di essere inserito nella RSA di Associazione Casa San Giorgio- Onlus

Motivazione della richiesta: _____

Familiare di riferimento

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
Tel. _____ E-mail _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

In relazione alla domanda di ingresso si segnalano i nominativi delle persone alle quali potranno essere effettuate, nell'ordine, tutte le comunicazioni che riguardano l'Ospite

1. Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

2. Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

3. Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____
Firma per accettazione _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

TERZI OBBLIGATI che, in caso d'ingresso dell'Ospite Richiedente in RSA, sottoscriveranno il contratto di ingresso presso residenza sanitaria assistenziale diventando obbligati in solido con lo stesso per le prestazioni tutte di cui al contratto di ingresso presso residenza sanitaria assistenziale ivi comprese anche quelle di natura economica.

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

La domanda dovra' essere confermata ogni tre mesi anche telefonicamente segnalando eventuali variazioni e L'Ospite Richiedente o il Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno dell'Ospite Richiedente e/o il Richiedente Obbligato si impegna a comunicare a Casa San Giorgio l'eventuale rinuncia all'ingresso.

In caso di ingresso nella RSA dovrà essere preventivamente sottoscritto il contratto di di ingresso presso residenza sanitaria assistenziale.

Origgio, lì _____

_____ _____

L'Ospite Richiedente | Il Tutore/ Il Curatore / L'Amm.re di Sostegno

_____

Richiedente Obbligato

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

Soggetto

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____

COMPONENTI

1.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

2.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

3.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

4.
Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
Via _____
tel. _____
Codice fiscale _____ grado di parentela _____

SITUAZIONE ABITATIVA (al domicilio)

_____
_____
_____
_____

Luogo _____, Data _____ Firma _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali)

RSA

Il Titolare del Trattamento è l'RSA Associazione Casa San Giorgio – Onlus, in persona del legale rappresentante sig. Mario Ferrario, con sede in Via Ardengo Visconti 2, 21040 Origgio (VA), P. Iva 02121610121 (di seguito definito "il Titolare").
Il **Responsabile della Protezione dei Dati personali** è Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

Trattamento. I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016.
I dati forniti dall'Utente (di seguito definito "l'Interessato") saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell'Interessato. Il trattamento dei dati personali dell'Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

Obblighi contrattuali e obblighi legali. I dati dell'interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:
1) Obblighi relativi alla prestazione sanitaria, legali e contrattuali e/o precontrattuali, come:

- instaurazione e gestione del rapporto di tutela, prevenzione, diagnosi, assistenza, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal nostro servizio;
- assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali;
- programmazione e gestione dell'assistenza;
- assolvimento degli obblighi di legge previsti dalle normative vigenti;
- esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario assistenziale, economico, fiscale);
- necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli Enti quali Regione, Provincia, ATS, Ministeri competenti;
- scambio di informazioni con altri servizi del comparto socio sanitario e/o assistenziale (ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio);
- adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio sanitario assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS, Regione, ecc.;
- necessità operative e di gestione interna;
- ricerca e statistiche con trattamento anonimo;
- la fatturazione e la tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni
- comunicazione a istituti bancari e simili, per le attività di riscossione dei pagamenti e per altre attività collegate agli adempimenti contrattuali

2) Altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi).
I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità per l'Interessato di accedere ai servizi della RSA. Per il trattamento dei dati personali per le finalità di cui sopra non è richiesto il consenso dell'Interessato poiché il trattamento dei dati è necessario per il trattamento sanitario (diagnosi, assistenza o terapia sanitaria e per la gestione di sistemi e servizi sanitari sulla base del diritto dell'UE o dello Stato membro o conformemente ad un contratto con un professionista della sanità di cui alla lett. h, art. 9 del Regolamento, l'eventuale raccolta di immagini utili all'osservazione sanitaria e per valutare l'evoluzione della malattia).

Finalità di ricerca scientifica e statistica. Ai sensi dell'art. 9 lett. j) del Regolamento UE 2016/679, i dati sanitari (dati particolari) dell'Interessato possono essere trattati se il trattamento è necessario per finalità di ricerca scientifica e statistica.
Il trattamento per dette finalità deve essere proporzionato alla finalità perseguita (quella sanitaria di cui sopra) e deve, in ogni caso, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'Interessato.
In particolare, la RSA tratta tali dati in modo da assicurare la riservatezza degli ospiti (anonimizzazione).
Per detta finalità, ai sensi del citato art. 9, lett. j) del Regolamento UE 2016/679 e in considerazione delle misure attuate dal Titolare, non è richiesto il consenso dell'Interessato.

Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali.
E' richiesto un esplicito consenso per servizi ulteriori, quali
1) la comunicazione a terzi e a persone specificate dei dati particolari (sensibili) relativi allo stato di salute dell'Interessato
2) la riproduzione di immagini e/o fotografie dell'ospite durante lo svolgimento della vita sociale presso la struttura o nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite;
3) l'esposizione dell'indicazione completa del nome e del cognome in prossimità della camera o sui materiali forniti all'ospite.

Conservazione. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all'Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell'Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

Diffusione e comunicazione. I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

Responsabili del trattamento. Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati responsabili del trattamento e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l'Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all'attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che posso eseguire ispezioni o verifiche. L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sotto indicato.

Trasferimento all'interno dell'Unione Europea e extra UE. I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO:
L'interessato, ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.
Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).
In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).
In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'Autorità giudiziaria.

Contatti:
I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: Tel.: 02.96732351 – info@casasangiorgio.it
Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): e-mail dpo1@sigesgroup.it – tel. 02.967181

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento UE 2016/679)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato a _____il _____

in qualità di:

□ *Ospite* □ *Tutore* □ *Curatore* □ *Amm. di sostegno* □ *Altro* _____

Documento di identità (per tutore, curatore, ecc.) _____

dell'Ospite (cognome e nome) _____

nato a _____ *il* _____

(sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000)

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

AUTORIZZO la RSA a comunicare alle sotto indicate persone i dati particolari (sensibili)

	COGNOME e NOME	*SI / NO*	*RECAPITO TELEFONICO*
CONIUGE		□ Si □ NO	
FIGLI		□ Si □ NO	
ALTRI		□ Si □ NO	

AUTORIZZO la RSA a esporre o pubblicare presso la struttura opuscoli, giornali o manifesti, foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite

□ **SI** □ **NO**

AUTORIZZO la RSA a esporre o pubblicare sul sito internet o sui canali social (es: Facebook, Instagram, YouTube) foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite

□ **SI** □ **NO**

AUTORIZZA la RSA a esporre l'indicazione completa del nome e del cognome o di foto all'interno della struttura.

□ **SI** □ **NO**

Il termine di conservazione di tali dati coincide con il periodo di permanenza presso la struttura cessato il quale, a meno di obblighi di conservazione di legge, i dati verranno distrutti.

Luogo _____, Data _____ Firma _____

In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il famigliare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.
In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il famigliare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante:

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ ,

in qualità di _____, recapito telefonico_____

in relazione alla condizione di:

□ analfabetismo □ impedimento fisico del paziente sopra indicato

dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte dell'ospite

□ mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma

□ in forma di _____

Luogo _____, Data _____ Firma _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

SCHEDA DI INSERIMENTO

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ___/___/_____ Residente a _____ Via/Piazza _____ n._____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato_____ Pensione □ NO □ SI Ente erogatore_____ Accompagnamento □ NO □ SI Invalidità □ NO □ SI Codice invalidità_____ Altre provvidenze economiche □ NO □ SI
Modalità di gestione del reddito	□ Anziano stesso □ Familiare □ Amministratore □ Altro
Persona/Familiare di riferimento Altri familiari	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa_____ Telefono_____
Servizi di supporto in atto: assistente domestica, ADI, servizio a domicilio, centro diurno, ecc…	
Provenienza: Domicilio, Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA…	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniali	□ temporaneo □ definitivo □ Altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	

Rete Familiare (Persone Conviventi, coniuge, figli, altro)	Familiare Convivente □ NO □ SI (Nome: _____) Figli n. _____ Badante □ NO □ SI
Diete particolari	□ NO □ SI specificare_____
Comportamenti autolesivi	□ NO □ SI specificare_____
Fumo	□ NO □ SI specificare_____
Alcool	□ NO □ SI specificare_____
Interessi attuali, attività sociali svolte Lettura, TV…	
Capacità di nutrirsi	□ Autonomo □ Necessità di stimolo o sorveglianza □ Deve essere imboccato
Masticazione	□ Normale □ Difficoltà per cibi duri □ Mangia solo cibi molli □ Non si alimenta per bocca
Protesi dentaria	□ NO □ SI e la usa □ SI ma non la usa
Autonomia nell'alimentarsi	□ Autonomo □ Necessità di aiuto, stimolo o sorveglianza □ Non Autonomo
Autonomia nel procurarsi il cibo	□ Autonomo □ Necessità di aiuto, stimolo o sorveglianza □ Non Autonomo
Autonomia nella cura della casa	□ Autonomo □ Necessità di aiuto, stimolo o sorveglianza □ Non Autonomo

Piccola igiene personale (lavarsi le mani, facci, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	□ Autonomo □ Parzialmente autonomo □ Non autonomo
Bagno / doccia	□ Autonomo □ Parzialmente autonomo □ Non autonomo
Continenza vescicale	□ Continente □ Non continente □ Uso di pannoloni □ Catetere
Continenza intestinale	□ Continente □ Non continente □ Uso di pannoloni □ Stomia
Uso dei servizi igienici	□ Autonomo □ Parzialmente autonomo □ Non autonomo
Capacità di vestirsi	□ Autonomo □ Parzialmente autonomo □ Non autonomo
Vista	□ Normale □ Con lenti □ Cecità
Udito	□ Integro □ Con ausilio □ Sordità
Capacità di leggere	□ SI □ NO
Capacità di scrivere	□ SI □ NO
Linguaggio	□ Normale □ Alterato

Mobilità	□ Normale □ Con ausilio □ Protesi □ Allettato
Capacità di salire le scale	□ Normale □ Con ausilio □ Non in grado
Capacità di usare il telefono	□ Normale □ Con ausilio □ Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	□ Autonomo □ Con aiuto □ Non in grado
Uso della sedia a rotelle	□ SI □ NO □ autonomo nell'uso - SI □ NO □
Ausili utilizzati	□ Nessuno □ SI (specificare quali _____) □ Di proprietà □ Fornito da_____ il _____
Accetta la terapia	□ SI □ NO
Assume la terapia autonomamente	□ SI □ NO
Sonno - riposo	□ Normale □ Disturbato □ Insonnia
Aggressività	□ SI □ NO □ A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	□ SI □ NO □ A volte

Memoria	□ Normale □ Dimentica i fatti recenti □ Memoria persa totalmente
Orientamento spazio/temporale	□ Orientata nel tempo e nello spazio □ Disorientata solo nel tempo o solo nello spazio □ Disorientamento
Cadute negli ultimi 3 mesi	□ SI n° _____ □ NO
Utilizza una contenzione	□ SI specificare_____ □ NO
Previsione di contatti con il paziente (es., n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite

Luogo _____, Data _____ Firma _____

ASSOCIAZIONE CASA SAN GIORGIO ETS - ORIGGIO

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ___/___/_____ Residente a _____ Via/Piazza _____ n._____
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. Sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcoolico, tabagismo)	
Malattie infettive note (epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse)	
Situazione clinica attuale (patologie in atto condizioni invalidanti)	
Dispositivi in uso	Catetere vescicale _____ Sondino naso-gastrico _____ PEG _____ Catetere venoso centrale _____ Pace maker _____ ICD (defibrillatore) _____ Tracheostomia _____ Stomie _____ Broncoaspirazione _____ Porth a cath _____ Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroiler…) Ventilatore per sindrome apnee notturne del sonno _____ Ventilatore per insuff. respiratorie gravi _____

Ausili / presidi in uso (carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori)	
●Lesioni da decubito ●Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale, celiachia, altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	□ SI □ NO
Interventi programmati Necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografia o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni	□ NO □ SI specificare _____ _____ _____
Stato nutrizionale	□ Nella norma □ Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____ _____

Giudizio sulla stabilità clinica	□ Stabile = nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli > 60 gg. □ Moderatamente stabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni □ Moderatamente instabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana □ Instabile = con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano □ Acuzia= con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita □ SI □ NO Si richiede visita domiciliare □ SI □ NO

Data _____ Firma _____