



FONDAZIONE "CESARE GREGORINI"
Residenza per anziani
Via Matteotti 7 - SAN MARCELLO (AN)
Tel. 257415 - 267048 Fax 0731267842
Email: amministratore@fondazionecesaregregorini.it
presidenza@fondazionecesaregregorini.it

AGOSTO 2018

AI PRESIDENTE
Residenza per Anziani
Fondazione "C. Gregorini"
Via Matteotti 7 - SAN MARCELLO (AN)

DOMANDA DI INGRESSO

GENERALITÀ DELL'OSPITE:

Il / La Sig. / a: nato/a il

a Sesso: M F Residente a

Via Cittadinanza figli n°

Stato Civile: celibe / nubile coniugato / a divorziato / a vedovo / a

Invalità civile: % Certificato di accompagnamento: SI NO n° in attesa

Cod. Fisc. / Tess. San.

Ticket Esenzione: n° SI NO Tel.

Asur di residenza: Distretto:

Paternità: Maternità:

GARANTE/I - TUTORE - CURATORE - AMMINISTRATORE SOSTEGNO E/O TERZO/I COOBBIGATI SI IMPEGNA/NO AL PAGAMENTO DELLA RETTA:

Il / La sig. / a: C.F.:

nato/a a il

residente a via:

Il / La sig. / a: C.F.:

nato/a a il

residente a via:

Il / La sig. / a: C.F.:

nato/a a il

residente a via:

DICHIARO / DICHIARA / DICHIARANO di agire come: (1)- RAPPORTO DI PARENTELA)

(1) - Coniuge – Figlio /Figlia – Fratello /Sorella – Nipote Diretto / Indiretto – Genero /Nuora – Fiduciario - Amministratore di Sostegno -Tutore

dal Comune di

CHIEDENDO/NE l'ingresso nella **Residenza per Anziani del :**

sig/a: in camera: SINGOLA DOPPIA;

impegnandosi: a comunicare l'eventuale rinuncia del posto qualora non fosse più interessata;

IN BASE ALLA DOMANDA PRESENTATA PER L'OSPITE:

Sig. / Sig.a C.F.:

DICHIARA / DICHIARANO / AUTORIZZA / AUTORIZZANO

CHE LA SITUAZIONE ECONOMICA DELL'OSPITE RISULTA ESSERE LA SEGUENTE:

| ENTE CHE EROGA LA PENSIONE | CATEGORIA | N° | IMPORTO MENSILE € |
|---|-----------|----|-------------------|
| INPS / INPDAP <input type="checkbox"/> | | | |
| INDENNITA' DI ACCOMPAGNO <input type="checkbox"/> | | | |
| REVERSIBILITA' <input type="checkbox"/> | | | |
| ALTRO <input type="checkbox"/> | | | |

- Di aver preso atto dell'importo della retta giornaliera di degenza e di accettare incondizionatamente tutte le norme previste nel "Regolamento interno degli Ospiti", rilasciato al momento della richiesta di presentazione della suddetta per l'ingresso;

IMPEGNANDOSI PER SE E PER GLI EREDI:

- ❖ al pagamento **ANTICIPATO** della retta giornaliera di ospitalità tramite RID o Bonifico Bancario presso l'Istituto di Credito della Fondazione, **ENTRO IL GIORNO 8 (OTTO) DEL MESE INTERESSATO** rispettandone le scadenze stabilite, per tutto il periodo di degenza della persona richiedente o per la quale si chiede l'ammissione, garantendo l'obbligazione con i propri beni mobili ed immobili, con i propri redditi e rendite di qualsiasi natura, prendendo atto che la tariffa giornaliera è stabilita al momento dell'ingresso in relazione al grado di autosufficienza, e potrà essere soggetta sia a variazioni dovute all'eventuale modifica delle condizioni psico-fisiche dell'Ospite, che ad eventuali altri aggiornamenti di volta in volta stabiliti dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione.
- ❖ al pagamento delle eventuali spese sostenute da parte della Residenza per Anziani per farmaci e parafarmaci necessari all'Ospite medesimo da pagarsi direttamente in farmacia;
- ❖ a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'Ospite in parola su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente;
- ❖ a stipulare il Contratto di Ospitalità prima del giorno di ingresso dell'Ospite nella Residenza per Anziani.

Nel caso di mancato pagamento anche di una sola mensilità:

L'Ospite Sig./ra
 il Garante
 il Garante
 il Garante danno disponibilità, autorizzando la Fondazione "C. Gregorini", a farsi accreditare direttamente la pensione erogata dall'INPS di Cat. n°

TRA I NOMINATIVI SOPRA RIPORTATI, INDICANO, COME SOLO ED UNICO REFERENTE AUTORIZZATO A INTRATTENERE RAPPORTI CON LA STRUTTURA (Infermiera, Responsabile OSS, Segreteria, Amministrazione, ecc..)

| Cognome e Nome | Indirizzo | Telefono | ❖ |
|----------------|-----------|----------|---|
| | | | |

NOMINATIVI DEI FAMILIARI E/O CONOSCENTI AI QUALI L'ENTE POTRÀ RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ CON LE SEGUENTI PRIORITÀ INDICATE:

| Cognome e Nome | Indirizzo | Telefono | ❖ |
|----------------|-----------|----------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

❖ **RAPPORTO DI PARENTELA:** Coniuge – Figlio – Figlia – Fratello - Sorella – Nipote Diretto / Indiretto – Genero - Nuora – Fiduciario – Amministratore di Sostegno - Tutore

CONOSCENZA DEI RISCHI CHE POSSONO ACCADERE ALL'INTERNO DELLA RESIDENZA PER ANZIANI

I referenti informati dei rischi generici che possono accadere all'interno della struttura, esonerano la Fondazione dai seguenti rischi:

- Nel caso in cui il **cancello d'ingresso** venga inavvertitamente lasciato aperto, e un'Ospite non autorizzato si allontani arbitrariamente dalla struttura, la Fondazione non risponde di eventuali conseguenze;
- La Fondazione per tutelare la sicurezza degli Ospiti, è dotata di sistemi sorvegliati, e l'apertura degli ingressi è comandata dal personale in servizio automaticamente o tramite chiave.
- Gli Ospiti sono soggetti agli stessi rischi ed agli stessi tipi di infortuni che possono capitare in casa;
- Si garantisce giornalmente un'assistenza anche agli Ospiti nei posti non convenzionati uguale a quelli convenzionati;
- La Residenza per Anziani al fine di dare maggiore svago all'Ospite durante la permanenza in struttura potrebbe organizzare durante l'anno delle uscite.

CONSAPEVOLI DI TUTTO CIÒ, DANNO IL LORO ASSENSO: SI NO

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEGLI AUSILI VARI PER LA MOBILITÀ ED EVENTUALI MEZZI DI CONTENZIONE.

PREMESSO CHE:

- uno dei principi prioritari degli **OPERATORI** è di proteggere l'Anziano non Autosufficiente, senza limitarne la libertà, nel rispetto delle leggi e dei Codici Deontologici.
- Gli **OPERATORI** devono agire tra il diritto soggettivo ed inalienabile alla libertà individuale ed il dovere di tutelare la persona di fronte ad un possibile rischio, mediante **L'USO DEGLI AUSILI PER LA MOBILITÀ E LA CONTENZIONE**, che deve essere considerato come un "**Trattamento Terapeutico-Assistenziale**", utilizzato per uno stato di necessità della persona, non per l'organizzazione del lavoro.

Nell'uso di tale mezzo deve essere rispettato il principio che è del M.M.G. (MEDICO di MEDICINA GENERALE) e dell'INFERMIERE la responsabilità di valutare la situazione di un possibile rischio.

Pertanto sarà il **M.M.G. (MEDICO di MEDICINA GENERALE)** dell'Ospite, a proporre un'azione di contenzione proporzionata al rischio, monitorata e verificata semestralmente.

- Si Chiede il consenso dell'interessato e dei loro familiari, non per "**COPERTURA LEGALE**" ma per adesione ad una pratica Assistenziale.

Informati dei rischi che potrebbero succedere, se non fossero utilizzati gli Ausili per la mobilità e gli eventuali mezzi di Contenzione ritenuti necessari;

AUTORIZZANO: SI NO , il personale Infermieristico e Assistenziale all'uso degli ausili per la mobilità e di eventuali mezzi di contenzione prescritti dal **M.M.G.**, su apposita scheda, firmata sia da **M.M.G. (Medico Medicina Generale) dell'Ospite** che dai referenti come dichiarato nella "**DOMANDA DI INGRESSO**".

DICHIARA/DICHIARANO, che tutti i dati contenuti nella presente Domanda di Ingresso della Residenza per Anziani "Cesare Gregorini" sono completi e veritieri (art. 46 del DPR 445/2000), **DICHIARANDO** di essere consapevole/i del fatto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000).

San Marcello

Firma dell'Ospite

Firma (1)

Firma (1)

Firma (1)

GRADO DI PARENTELA (1)

Figlio/Figlia – Coniuge – Fratello - Sorella - Nipote diretto/indiretto – Genero – Nuora - Fiduciario - Amministratore di Sostegno - Tutore

N.B.: ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E CODICE FISCALE DELLE PERSONE RIPORTATE NELLA DOMANDA

Gentile Utente,

secondo la normativa indicata, il trattamento dei suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni:

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

FONDAZIONE "CESARE GREGORINI"
Residenza per Anziani
Via Matteotti 7, 60030 San Marcello (AN)
TEL. 0731 267048 - 0731 257415 Fax 0731 267842
Email: amministrazione@fondazionecesaregregorini.it
Pec: fondazionecesaregregorini@pec.it
nella persona del Suo Legale Rappresentante protempore

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Dr. ROBERTO MORELLO
TEL. 049.0998416
EMAIL dpo@robbyone.net
PEC dpo.robbyone@ronepec.it

INFORMAZIONI SUI DATI RACCOLTI

DATI PERSONALI ANAGRAFICI DELL'OSPITE E DI EVENTUALI FAMILIARI O REFERENTI

| | |
|-----------------------------|---|
| FINALITÀ TRATTAMENTO | <p>A. Prestare il servizio oggetto del rapporto contrattuale stipulato con la struttura;</p> <p>B. Finalità amministrativo contabili connesse alla prestazione del servizio;</p> <p>C. Adempimento degli obblighi di legge connessi al rapporto contrattuale</p> <p>D. Collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge</p> <p>E. Analisi statistiche interne anonime.</p> <p>F. Informazioni su nuovi servizi erogati dall'Ente</p> |
| LICEITÀ TRATTAMENTO | <p>Finalità A, B ed E: Senza il Vostro consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6 lett. b) del GDPR)</p> <p>Finalità C e D: Senza il Vostro consenso espresso, quando il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento (art. 6 lett. c) del GDPR)</p> <p>Finalità F: Con il Vostro consenso espresso per ogni finalità (art. 6 lett. a), art. 9 par. 2 lett. a) del GDPR)</p> |

| | |
|---|---|
| BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO | Finalità C e D: <i>Codice Civile</i> |
| CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Amministrativi dell'Ente</i> • <i>Amministrazione Finanziaria, enti previdenziali ed assistenziali;</i> • <i>Società che gestiscono reti informatiche e telematiche; società di elaborazione dati contabili e redazione adempimenti fiscali;</i> • <i>Società di servizi postali; banche ed istituti di credito nell'ambito della gestione finanziaria dell'impresa;</i> • <i>Società, enti, consorzi o altre organizzazioni, aventi finalità di assicurazione, di intermediazione finanziaria, bancaria e simili, le quali a loro volta potranno comunicare i dati o concedere l'accesso nell'ambito dei propri soci, aderenti, utenti e relativi aventi causa;</i> • <i>Società o enti di recupero del credito per le azioni relative;</i> • <i>Legali, medici e altri consulenti tecnici;</i> • <i>Comune per esigenze di assistenza sociale ed integrazione rispetto alle prestazioni socio-sanitarie;</i> • <i>Regione per finalità di controllo della spesa sanitaria e dell'attività di erogazione delle prestazioni;</i> • <i>ASUR, per programmazione, pianificazione e controllo della spesa.</i> |
| TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE | <i>No</i> |
| PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI | <i>Fino al termine del contratto e per dieci anni successivi</i> |
| OBBLIGATORietà FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE | <p>Finalità A, B, C, D, E: <i>Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'esecuzione del contratto richiesto. In mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio</i></p> <p>Finalità F: <i>Il consenso è facoltativo.</i> <i>La mancata comunicazione impedirà l'informazione attraverso posta elettronica, cartacea o telefonica dei servizi nuovi implementati dall'Ente</i></p> |
| FONTE DI ORIGINE DEI DATI | <i>Raccolti presso l'interessato</i> |
| ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI | <i>Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente</i> |

DATI PERSONALI DI CUI ALL'ART. 9 DEL GDPR RELATIVI ALL'OSPITE AUTOSUFFICIENTE/NON AUTOSUFFICIENTE

| | |
|---|---|
| FINALITÀ TRATTAMENTO | G. <i>Gestione dell'aspetto Socio Assistenziale dell'Ospite, con riferimento a dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale</i> |
| LICEITÀ TRATTAMENTO DELL'OSPITE | AUTOSUFFICIENTE: <i>Con il Vostro consenso espresso per ogni finalità (art. 6 lett. a), art. 9 par. 2 lett. a) del GDPR)</i> |
| | NON AUTOSUFFICIENTE: <i>Senza il Vostro consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (art. 6 lett. e), art. 9 par. 2 lett. g) e h) del GDPR)</i> |
| BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO | <i>Legge 328/2000, Legge 104/1992, Regolamento Regionale per l'utilizzo dei dati personali e sensibili</i> |
| CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Personale Sanitario dell'Ente;</i> • <i>Personale Sanitario esterno all'Ente con contratto di prestazione di servizi;</i> • <i>Società che gestiscono reti informatiche e telematiche e elaboratori di dati in fase di assistenza e manutenzione;</i> • <i>Società, Enti, Consorzi o altre Organizzazioni, aventi finalità di assicurazione e simili, le quali a loro volta potranno comunicare i dati o concedere l'accesso nell'ambito dei propri soci, aderenti, utenti e relativi aventi causa;</i> • <i>Legali, Medici e altri Consulenti Tecnici;</i> • <i>Enti Pubblici collegati all'Ente;</i> • <i>Aziende Sanitarie Locali o Aziende Ospedaliere per la presa in carico del paziente;</i> • <i>Medico di Medicina Generale per l'assistenza dei propri pazienti;</i> • <i>Familiari, prossimi congiunti e conviventi, anche in assenza di consenso dell'interessato in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere.</i> |
| TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE | <i>No</i> |
| PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI | <i>Illimitato secondo la Circolare del Ministero della Sanità, nr. 61 del 1986</i> |
| OBBLIGATORietà FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE | <i>Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'esecuzione del contratto richiesto. In mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio</i> |
| Fonte di origine dei dati | <i>Raccolti presso l'interessato</i> |
| ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI | <i>Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente</i> |

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR);
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di opporsi al trattamento (art. 21 del GDPR);
- alla portabilità dei dati (art. 20 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Cognome e Nome **(1)**

nato/a a: il

Ho ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

San Marcello

Firma dell'Ospite

OPPURE

Firma della persona che ne fa le veci in base al grado di parentela

Il/La Sig./Sig.ra **(1)**

rappresentante/referente unico di tutta la famiglia che prende visione dell'informativa in nome e per conto

del Sig./Sig.ra..... interessato all'ammissione, le cui

condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta.

Data

Firma **(1)**

GRADO DI PARENTELA (1)

Figlio - Figlia – Coniuge – Fratello - Sorella - Nipote diretto/indiretto – Genero – Nuora - Fiduciario – Amministratore di Sostegno - Tutore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI

Cognome e Nome: (1)

nato/a a: il

Ho letto e compreso in ogni suo punto l'informativa per il trattamento di categorie particolari di dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale, pertanto esprimo la mia decisione in merito alle seguenti finalità:

- Gestione dell'aspetto Socio Assistenziale dell'Ospite Autosufficiente
- Gestione dell'aspetto Socio Assistenziale dell'Ospite Non Autosufficiente

Acconsente che i suoi dati siano trattati per la gestione dell'aspetto Socio Assistenziale come precisato nel punto G dell'informativa?

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

Acconsente che i suoi dati relativi allo stato di salute siano comunicati ai seguenti soggetti / familiari?

- (1)
- (1)
- (1)
- (1)
- (1)

Grado di Parentela:

FIGLIO/A – CONIUGE – FRATELLO / SORELLA - NIPOTE DIRETTO/INDIRETTO – GENERO – NUORA – AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO - TUTORE - FIDUCIARIO

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 potrò esercitare i diritti qui sinteticamente riepilogati:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR);
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di opporsi al trattamento (art. 21 del GDPR);
- alla portabilità dei dati (art. 20 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

San Marcello,

Firma dell'Ospite

- Firma (1)
- Firma (1)
- Firma (1)
- Firma (1)
- Firma (1)

GRADO DI PARENTELA (1)

Figlio/Figlia – Coniuge – Fratello - Sorella - Nipote diretto/indiretto – Genero – Nuora – Fiduciario – Amministratore di Sostegno - Tutore

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'OSPITE:

Sig./ Sig.a



01 – LOCOMOZIONE

| | Punti |
|--|-------|
| Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola in completa autonomia | 0 |
| Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola con assistenza parziale | 1 |
| Entra ed esce dal letto, si siede e si alza dalla seggiola con assistenza totale | 2 |
| Allettato/ Allettata | 3 |

02 – VESTIRSI

| | |
|---|---|
| Prende gli abiti e si veste in completa autonomia | 0 |
| Prende gli abiti e si veste con assistenza parziale | 1 |
| Prende gli abiti e si veste con assistenza totale | 2 |

03 - DEAMBULAZIONE

| | |
|---|---|
| Deambula in completa autonomia | 0 |
| Deambula con l'aiuto degli ausili (deambulatore, bastone, stampelle, ecc..) | 1 |
| Deambula con assistenza parziale | 2 |
| Necessita assistenza totale (su seggiola a rotelle) | 3 |

04 – ALIMENTAZIONE

| | |
|---|---|
| Si alimenta da solo in completa autonomia | 0 |
| Necessita di una dieta con esclusione di alcuni alimenti | 1 |
| Si alimenta con assistenza parziale | 2 |
| Si alimenta con assistenza totale | 3 |
| Si alimenta con SNG – PEG – PEJ (specificare con quale) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | 4 |

05 – USO DEI SERVIZI

| | |
|--|---|
| Va ai servizi, si pulisce e si riveste in completa autonomia | 0 |
| Va ai servizi, con assistenza parziale | 1 |
| Va ai servizi con assistenza totale | 2 |

06 – FARE IL BAGNO

| | |
|--|---|
| In completa autonomia | 0 |
| Necessita di assistenza parziale | 1 |
| Necessita di assistenza totale | 2 |

07 – CONTINENZA DEGLI SFINTERI

| | |
|---|---|
| Controlla completamente la minzione e la defecazione | 0 |
| Incorre in occasionali incidenti | 1 |
| Non controlla la minzione | 2 |
| È portatore di Catetere Vescicale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | 3 |
| Non controlla la minzione e la defecazione | 4 |

08 – TERAPIA

| | |
|---|---|
| Non riceve assistenza nelle terapie | 0 |
| Riceve assistenza nelle terapie orali | 1 |
| Riceve assistenza nelle terapie parenterali | 2 |

09 – STATO PSICHICO

| | | | | |
|---|----------------|----|----|---|
| PRESENTA TURBE DI COMPORTAMENTO: | ASSENTE: ----- | SI | | 0 |
| | LIEVE: ----- | SI | NO | 4 |
| | GRAVI: ----- | SI | NO | 8 |
| | | SI | NO | |

PUNTEGGIO TOTALE:

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 03 < Autosufficiente | > 04 – 11 < Non Autosufficiente a Basso Grado di Assistenza | > 12 Non Autosufficiente ad Alto Grado di Assistenza |
|-----------------------------------|---|---|

San Marcello, lì

.....
Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale Curante