

Casa Serena

p.zza San Giovanni, 6 – 21054 FAGNANO OLONA (VA)
Tel. 0331-361808 Fax. 0331-364532

DOMANDA DI OSPITALITÀ PRESSO LA CASA ALBERGO “CASA SERENA”

DATI OSPITE			
Cognome			
Nome			
Data di nascita		Luogo di nascita	

Residenza:			
Via		N.	
Comune			
CAP		Provincia	

DATI PARENTE/REFERENTE	
Parentela	
Cognome	
Nome	
Telefono	
Cellulare	
E-mail	

Consegnato in data	
-----------------------	--

PROFILO SANITARIO SIG./RA

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE

NUTRIZIONE				DIPENDENZE				CUTE			
<input type="checkbox"/> Sovrappeso <input type="checkbox"/> Malnutrizione <input type="checkbox"/> Deperimento organico <input type="checkbox"/> Cachessia neoplastica				<input type="checkbox"/> Potus <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Bulimia/Anoressia <input type="checkbox"/> Farmacodipendenza				<input type="checkbox"/> Ulcere trofiche <input type="checkbox"/> Infezioni <input type="checkbox"/> Parassitosi			
EVACUAZIONE				SONNO				SENSORIALITÀ			
<input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale <input type="checkbox"/> Stipsi/diarrea				<input type="checkbox"/> Insonnia non trattata <input type="checkbox"/> Ipnoinduzione				<input type="checkbox"/> Ipovisus <input type="checkbox"/> Ipoacusia			
PROFILO METABOLICO				MOVIMENTO				PROFILO PSICOSOCIALE			
<input type="checkbox"/> Intolleranza glicidica <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Iperuricemia <input type="checkbox"/> Ipoproteinemia <input type="checkbox"/> Uremia <input type="checkbox"/> Alterazioni elettrolitiche				<input type="checkbox"/> Sindrome ipocinetica <input type="checkbox"/> Allettamento <input type="checkbox"/> Deficit neuromotori <input type="checkbox"/> Limitazioni apparato locomotore <input type="checkbox"/> Limitazioni cardiorespiratorie <input type="checkbox"/> Protesi e ausili				<input type="checkbox"/> Nevrosi d'ansia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> Asocialità			
ALLERGIE:						INTOLLERANZE:					
TERAPIE IN ATTO											
OSSIGENOTERAPIA				<input type="checkbox"/> continuativa		<input type="checkbox"/> di supporto		<input type="checkbox"/> O ₂ liquido portabile			
MEDICAZIONI				<input type="checkbox"/> continuative		<input type="checkbox"/> occasionali					
ASSISTENZA INFERMIERISTICA				<input type="checkbox"/> continuativa		<input type="checkbox"/> occasionale					
MEDICO CURANTE Dott:						tel.					

NOTE ANAMNESTICHE

in caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto

Affezioni cardiovascolari No Pregresse In atto:

Affezioni respiratorie No Pregresse In atto:

Affezioni dell'apparato digerente No Pregresse In atto:

Affezioni dell'apparato urogenitale No Pregresse In atto:

Affezioni del sistema nervoso centrale No Pregresse In atto:

Patologie del sistema nervoso periferico No Pregresse In atto:

Esiti neuromotori No Pregresse In atto:

Patologie muscolo-scheletriche No Pregresse In atto:

Limitazioni funzionali mioosteoarticolari No Pregresse In atto:

Malattie endocrino-metaboliche No Pregresse In atto:

Deficit sensoriali No Pregresse In atto:

Patologie di altri apparati No Pregresse In atto:

COMPENSO CLINICO stabilizzato precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO

INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO CURANTE

compilato in data

dal Dott. (timbro e firma)

TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI - INFORMATIVA

- 1) Prima di fornirci i suoi dati personali La preghiamo di leggere la presente informativa.
Inoltre, per dati personali si intendono ai sensi della presente informativa
 - quelli che Le richiediamo o che potremo richiederLe in futuro;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti tenendo presente che non vi è obbligo da parte Sua di fornirli.
- 2) I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei Suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto.
- 3) I dati verranno registrati su supporti informatici protetti ed i moduli cartacei verranno da noi correttamente mantenuti e protetti.
- 4) Il personale è incaricato formalmente ed ha ricevuto adeguata formazione.
- 5) I dati potranno essere:
 - resi noti ai dipendenti ed ai consulenti della società per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge.
- 6) Ai sensi dell'art. 7 del D.L.vo 196/03 i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati sono:
 - Ottenere a cura del Titolare senza ritardo:
 - la conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano,
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati
 - l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti b) e c) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;
 - Opporsi in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, nel qual caso non sarà possibile procedere all'erogazione dei servizi professionali.
 - I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità al Titolare o al responsabile, anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.
- 7) Le segnaliamo che il **Titolare del Trattamento** è RESIDENZE IRIS COOPERATIVA SOCIALE – O.N.L.U.S. via Puricelli, 1 - 21013 Gallarate (VA).
- 8) Le segnaliamo che il **Responsabile del Trattamento** è il Dott. Cesare Zanetta.
- 9) Le segnaliamo che l'elenco degli **Incaricati** autorizzati al trattamento è disponibile presso la Direzione.
- 10) Le segnaliamo che i dati possono essere comunicati a Enti Locali (Regione, Comune), ASL e agli istituti di credito per la gestione degli incassi e dei pagamenti.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ tel. _____

Con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso affinché Titolare e Responsabile procedano al trattamento dei propri dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa per le finalità indicate nell'informativa medesima.

Data _____

(firma leggibile)**

Esprimo inoltre il consenso per eventuali trattamenti di dati personali definiti **sensibili** nei limiti in cui siano strumentali per le finalità del trattamento elencate nella presente informativa, dichiarando di avere ricevuto copia dell'informativa.

Data _____

(firma leggibile)**

Con la sottoscrizione della presente inoltre autorizzo RESIDENZE IRIS COOPERATIVA SOCIALE – O.N.L.U.S. a consegnare copie od originali della mia documentazione di qualsiasi tipo in Suo possesso, nulla escluso, al coniuge, a conviventi od ai figli. Detta autorizzazione può essere revocata solo a mezzo di lettera raccomandata a.r. indirizzata a RESIDENZE IRIS COOPERATIVA SOCIALE – O.N.L.U.S. e detta revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento di detta raccomandata.

Data _____

(firma leggibile)**

** firma il Signor/la Signora _____ in nome e per conto del proprio congiunto.