

**OSPIZIO ISRAELITICO "SETTIMIO SAADUN"**

Via Carducci, 11/b - 50121 Firenze

Tel.055/241210 - 055/2479883 Fax 055/244044 E-mail. casasaadun@fol.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

Firenze .....

Il sottoscritto (Ospite):

Cognome ..... Nome .....

**OPPURE**

I Sottoscritti (Parenti):

Cognome ..... Nome .....

in qualità di (grado di parentela).....

nato a ..... il .....

residente in ..... Via ..... CAP .....

telefono: ..... cell. ....

Cognome ..... Nome .....

in qualità di (grado di parentela).....

nato a ..... il .....

residente in ..... Via ..... CAP .....

telefono: ..... cell. ....

Cognome ..... Nome .....

in qualità di (grado di parentela).....

nato a ..... il .....

residente in ..... Via ..... CAP .....

telefono: ..... cell. ....

**Chiede l'ammissione/oppure chiedono l'ammissione del**

**Sig.....a Tempo permanente - Temporaneo - Diurno**

In caso di soggiorno temporaneo specificare il periodo .....

Indicare la sistemazione desiderata in ordine di preferenza

- Camera singola lato strada (A)
- Camera singola lato strada con due finestre (A1)
- Camera singola lato giardino (A2)
- Camera doppia da soli (A3)
- Camera doppia con altro ospite

**DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE**

**COGNOME ..... NOME .....**

**NATO A .....IL .....**

**RESIDENTE IN ..... VIA .....**

**CAP..... TELEFONO .....**

**STATO CIVILE .....**

**CODICE FISCALE .....**

**TESSERA SANITARIA .....**

**MEDICO CURANTE .....**

**ISCRITTO ALLA COMUNITA' EBRAICA DI.....**

...I .... Sottoscritt.....

### DICHIARA

- a) Di aver preso nota di quanto stabilito dal Regolamento interno e si impegna a rispettarlo.
- b) Di aver preso visione della struttura e degli ambienti che la compongono e di averla trovata di proprio gradimento.
- c) Di prendere atto che l'Ospizio Israelitico Ospedale "Settimio Saadun" è una struttura completamente aperta e che pertanto la Direzione declina ogni responsabilità nei confronti di coloro che per qualsiasi motivo si allontanano dalla stessa.
- d) D'impegnarsi, qualora l'ammissione non dovesse avvenire entro 15° giorno della data della presente domanda, a produrre un aggiornamento della scheda medica.
- e) Di impegnarsi - nel caso in cui la retta sia totalmente o parzialmente a carico dell'interessato – a versare in via mensile anticipata entro il giorno 5, la retta stabilita dal Consiglio dell'Ospizio Israelitico attualmente di €. .... giornalieri, secondo il tipo di soggiorno prescelto, e le eventuali spese accessorie.

La direzione si riserva in futuro di variare le rette giornaliere con preavviso all'interessato di 30 giorni e di mutare la collocazione dell'Ospite, secondo le necessità e le scelte dell'Istituto.

**A seguito della presentazione delle impegnative della USL e/o del Comune la retta a carico dell'ospite e/o dei familiari verrà adeguata secondo le quote a carico degli enti**

Con la presente esprimo il mio consenso alla conservazione dei dati personali da me forniti al solo fine di essere inserito nell'archivio riguardante i futuri ingressi nella struttura. (Art. 13 D.lgs. 196/2003)

Cognome..... Nome.....  
accetta il ricovero prescelto in qualità di ospite.

Firma dell'ospite.....

**Modalità per la corresponsione della retta:**

Direttamente dal richiedente  Tramite parenti (da indicare ..... )   
Tramite Enti  
In parte dal richiedente e in parte da

---

(Nel caso in cui uno o più parenti si addossino il pagamento totale o parziale della retta)  
...I... sottoscritt.... nella ..... qualità di ..... del ... richiedente, preso atto della domanda

sottoscritt  
nella  
qualità di  
del  
richiedente, preso atto della

suddetta, si impegna .....a versare in via mensile anticipata entro il giorno 5, la totalità o in parte  
.....la retta stabilita dal Consiglio della Casa di Riposo per l'ospitalità del Sig.  
.....

(firma) .....

**La direzione si riserva di decidere sull'eventuale ammissione**

IL MEDICO

IL PRESIDENTE

.....

.....

## **Documentazione da allegare:**

1. Fotocopia del documento di riconoscimento, del codice fiscale, della tessera sanitaria.
2. Eventuale esenzione del ticket
3. Scheda medica dell'ospite redatta o sottoscritta dal medico curante (vedi allegato)
4. Eventuale autorizzazione o impegnativa, rilasciata dalla A.S.L. di competenza, ai benefici della Legge Regionale 20/80. Eventuale documentazione e relativa impegnativa, rilasciata dal Comune di Firenze, comprovante la partecipazione del medesimo al contributo totale o parziale alla quota sociale
5. Eventuale certificazione di invalidità.

**OSPIZIO ISRAELITICO "SETTIMIO SAADUN"**

Via Carducci, 11/b - 50121 Firenze

Tel:055/241210

NOME .....

COGNOME .....

**DATI ANAMNESTICI**

REMOTI .....

ATTUALI .....

TERAPIA E POSOLOGIA IN ATTO .....

.....

DIAGNOSI DI RICOVERO .....

MALATTIA INSORTA IL .....

EVOLUZIONE SI NO MIGLIORATA SI NO

STAZIONARIA SI NO PEGGIORATA SI NO

POSSIBILITA DI RICOVERO .....

STATO ATTUALE (barrare la casella che interessa)

DIPENDENZA	SI	NO	ALVO E DIURESI	SI	NO
AUTOSUFFICIENTE	SI	NO	NORMALE	SI	NO
DIPENDENZA PARZ.	SI	NO	INCONTINENZA FECI	SI	NO
DIPENDENZA TOTALE	SI	NO	INCONTINENZA URINA	SI	NO
			CATETERE	SI	NO
			ANO ARTIFICIALE	SI	NO

VISUS .....

UDITO .....

SI ALIMENTA DA SE SI NO

SI VESTE DA SE SI NO

STATO MENTALE

NORMALE SI NO

DEPRESSO SI NO

ANSIOSO SI NO

DEAMBULA CON APPOGGIO SI NO

SIEDE SENZA APPOGGIO SI NO

SIEDE CON APPOGGIO SI NO

DISORIENTATO SI NO

AGGRESSIVO SI NO

DEMENTIALE SI NO

DECUBITI LIEVI SI NO

DECUBITI GRAVI SI NO

ALTRE NOTIZIE EVENTUALI .....

.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

.....