

# CASA DI RIPOSO "OTTOLENGHI" IPAB

VIA VERDI, 2 – TEL. 0144 322192 FAX 0144 320648 – ACQUI TERME (AL)

Al Consiglio d'Amministrazione

I.....sottoscritt.....  
nat.....a.....il.....  
e residente a..... in Via.....  
Documento d'identità N°.....rilasciato a.....  
da.....  
chiede di essere ricoverato presso la Casa di Riposo "OTTOLENGHI" IPAB.

Data.....

Firma.....

I..... sottoscritto..... nato a.....  
Cod. Fisc.....residente a.....  
in Via.....tel.....  
in qualità di.....del ricoverato si impegna a pagare la retta di ricovero,  
come da Deliberazione in atto, per il Sig.....nel caso di ammissione dello stesso.

Data.....

Firma.....

1 – Condizioni generali di salute.

1.1 - Buone.....

1.2 - Discrete.....

1.3 - Scadenti.....

2 – Grado di autosufficienza.

2.1 - Autosufficienza totale (in grado di accudire alla casa, uscire, fare la spesa).

2.2 - Autosufficienza parziale (in grado di lavarsi, vestirsi, usare i servizi igienici, mangiare da solo).

2.3 - Non Autosufficiente.

2.4 - Obbligato a letto.

Specificazioni.....

3 - Deficit invalidanti (indicare con una X l'eventuale deficit.)

3.1 - Vista

3.2 - Udito

3.3 - Linguaggio

3.4 - Masticazione

3.5 - Locomozione

3.6 - Da imboccare

3.7 - Incontinenza sfinteri

3.8 - Cateterizzato

3.9 - Etilismo

3.10 - Piaghe da decubito

3.11 - Stato mentale

3.12 - Altre.....

4 - Diagnosi

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5 - Terapia in corso

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

MEDICO CURANTE

Data.....

Firma / Timbro

.....

Relazione Medico fiduciario dell'Ente

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....

Firma

.....