



DOMANDA DI AMMISSIONE

Casa anziani Sementina Casa anziani Comunale Residenza Pedemonte Nessuna preferenza

Camera doppia (solo presso la Casa anziani Sementina) Camera singola Nessuna preferenza

Le preferenze sopra indicate saranno prese in considerazione nel limite della disponibilità di posti letto.

Richiedente:

Uomo Donna _____

Cognome e nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Stato civile _____

Nome coniuge _____

Domicilio completo: Via, n. _____

NAP e Luogo _____

Telefoni _____

Attinenza (se stranieri: nazionalità) _____

Se stranieri: tipo di permesso _____

Cassa Malati _____ N. della carta _____

N. AVS¹ _____

Professione _____

Medico curante _____ Indirizzo _____ Telefono _____

Religione _____

Provenienza: Domicilio: allegare il modulo "Prescrizione medica per domanda di ammissione"¹
(previa compilazione da parte del Medico curante)

Ospedale Clinica Casa Anziani Altra struttura

Istituto di provenienza: _____

¹ Assicurazione vecchiaia e superstiti

**Domande relative alla situazione attuale richiedente:****Situazione familiare**

Il richiedente vive:

- Con coniuge / convivente
 Sola/o
 Con figli
 Con altri parenti
 Con altre persone non parenti
 In altre strutture

Servizio aiuto domiciliare presente prima dell'attuale domanda di ammissione

- NO SI, per prestazioni infermieristiche SI, per prestazioni dell'aiuto familiare

Se sì, quale (nome Servizio): _____

Stato cognitivo

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orientato | <input type="checkbox"/> Tempo | <input type="checkbox"/> Non orientato | <input type="checkbox"/> Tempo |
| | <input type="checkbox"/> Spazio | | <input type="checkbox"/> Spazio |
| | <input type="checkbox"/> Luogo | | <input type="checkbox"/> Luogo |
| | <input type="checkbox"/> Persona | | <input type="checkbox"/> Persona |

- | | | |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Aggressività | <input type="checkbox"/> Fisica | <input type="checkbox"/> Verbale |
| Stati d'agitazione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Disturbo ritmo circadiano | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Rischio di fuga | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Grado di dipendenza (autonomia per lavarsi, vestirsi, ...)

- Indipendente Con aiuto di 1 persona Con aiuto di più persone

Mezzi ausiliari e mobilitazione

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bastone o stampelle | <input type="checkbox"/> privato | <input type="checkbox"/> da prevedere in struttura |
| <input type="checkbox"/> Deambulatore | <input type="checkbox"/> privato | <input type="checkbox"/> da prevedere in struttura |
| <input type="checkbox"/> Carrozzina | <input type="checkbox"/> privato | <input type="checkbox"/> da prevedere in struttura |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ | <input type="checkbox"/> privato | <input type="checkbox"/> da prevedere in struttura |
| <input type="checkbox"/> Particolari (es. carrozzina di dimensioni speciali, condizioni particolari, ecc.) | | |

Eliminazione

- | | | | | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Continente | <input type="checkbox"/> feci | <input type="checkbox"/> urine | protezione | <input type="checkbox"/> giorno | <input type="checkbox"/> notte |
| Incontinente | <input type="checkbox"/> feci | <input type="checkbox"/> urine | tipo _____ | | tipo _____ |

Apparecchio acustico sinistro destro

- | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Occhiali | <input type="checkbox"/> da vista | <input type="checkbox"/> da lettura | | |
| Protesi dentaria | <input type="checkbox"/> completa | <input type="checkbox"/> superiore | <input type="checkbox"/> inferiore | <input type="checkbox"/> ponti mobili |
| Altezza _____ cm | | Peso _____ Kg | | |



Regime alimentare

Normale Leggero Diabetico Ipocalorico Iposodico Privo di glutine

Privo di lattosio Altro: _____

Consistenza: Normale Tritata Passata Altro: _____

Alimenti indesiderati: _____

Alimenti allergenici: _____

Alimenti intollerati: _____

Vino ai pasti: SI NO

Persone di riferimento:

Rappresentante terapeutico

Grado di parentela: _____

Cognome e nome: _____

Indirizzo completo: Via, n. _____

NAP e Luogo _____

Telefoni _____

E-mail _____

Rappresentante amministrativo

Grado di parentela: _____

Cognome e nome: _____

Indirizzo completo: Via, n. _____

NAP e Luogo _____

Telefoni _____

E-mail _____

Grado di parentela: _____

Cognome e nome: _____

Indirizzo completo: Via, n. _____

NAP e Luogo _____

Telefoni _____

E-mail _____



Eventuale rappresentante legale

Cognome e nome: _____

Indirizzo completo: Via, n. _____

NAP e Luogo _____

Telefoni _____

E-mail _____

Situazione finanziaria (indicare rendite mensili):

Rendita AVS:

CHF _____ Versati da _____

Eventuale prestazione complementare:

CHF _____ Versati da _____

Eventuale Assegno Grande Invalido:

CHF _____ Versati da _____

Altre rendite (pensione, SUVAⁱⁱ, ecc):

CHF _____ Versati da _____

Motivo della richiesta, eventuali osservazioni, data e firma:

Luogo e data: _____ Firma del richiedente: _____

Cognome, nome, n. di telefono e firma di chi ha compilato la domanda:

Documenti da allegare alla Domanda di ammissione:

- Se provenienza dal domicilio: allegare il modulo "Prescrizione medica per domanda di ammissione", previa compilazione da parte del Medico curante
- Copia tessera Cassa Malati
- Copia documento di identità
- Se stranieri: copia permesso di soggiorno



Informazioni e contatti:

Per qualsiasi ulteriore informazione, o per ricevere il calcolo indicativo della retta, siamo a vostra disposizione al numero telefonico 058 203 45 00 (tasto 9 per informazioni relative alla domanda di ammissione; tasto 1 per informazioni relative al calcolo della retta), o tramite l'indirizzo e-mail richiesta.ammissionecpa@bellinzona.ch.

Inoltro della Domanda di ammissione e relativi allegati:

- **per posta:** Centro Somen, Domande di ammissione, Via Chicherio 2, 6514 Sementina
- **per e-mail:** richiesta.ammissionecpa@bellinzona.ch.

Riferimenti correlati:

ⁱ MS-AMM-M-019-Prescrizione medica per domanda di ammissione ⁱⁱ
<https://www.suva.ch/> (25.09.2023)



PRESCRIZIONE MEDICA PER DOMANDA DI AMMISSIONE presso il Settore Anziani Bellinzona

Signora

Signor

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Domicilio completo: _____

1. Diagnosi o eventualmente ultimo rapporto ospedaliero

2. Terapia attuale

3. Dati anamnestici principali

Medico

Timbro

Data

Firma
