



Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI - REDAELLI"

QUESTIONARIO PER L'AMMISSIONE IN CURE INTERMEDIE/SERVIZI RIABILITATIVI

COGNOME: _____ NOME: _____
NATO A: _____ IL: _____
RESIDENTE A: _____ VIA: _____ TEL. _____
STATO CIVILE _____ ISTRUZIONE: _____
PROFESSIONE (prima del pensionamento): _____
TESSERA SAN.: _____ CODICE FISCALE: _____
DOCUMENTO ID.: _____
MEDICO CURANTE DOTT. _____ TEL. _____

Proviene da:
 Domicilio
 Ospedale
 Altro (specificare) _____

Al domicilio:
 Vive con il coniuge
 Vive con figli/parenti
 Vive con badante
 Vive solo/a

Situazione abitativa:
 Casa di proprietà
 Affitto
 altro
N° locali _____
Piano _____
Ascensore: SI NO
Servizi igienici: interni esterni

Situazione familiare:

a) CONIUGE

Nome e Cognome _____
Età _____
Eventuale Invalidità Civile SI NO

b) FIGLI: n. _____

Nome e Cognome _____
Stato Civile _____ n. figli _____
Professione _____
Indirizzo _____

Tel. Abitazione _____ Lavoro _____
Cell. _____

c) ALTRI FIGLI:

Nome e Cognome _____
Tel. _____
Nome e Cognome _____
Tel. _____
Nome e Cognome _____
Tel. _____

È titolare di invalidità civile
 SI NO ha presentato domanda

Fruisce di buono socio – sanitario
 SI NO

E' stato sottoposto a visita medico legale
 SI NO

Al domicilio richiede assistenza: SI NO
Se la risposta è affermativa, l'assistenza viene fornita:

- Per mezza giornata
- Per tutta la giornata
- Giorno e notte
- Altre modalità

È seguito da familiari SI NO
Per quali servizi (prestazioni) _____
Per quante ore al giorno _____

È seguito dal Servizio Sociale territoriale
 SI NO

Zona _____ Comune di _____
Ass.te Sociale _____ Tel. _____
Per quali servizi (prestazioni) _____
Per quante ore al giorno _____
Da quanto tempo _____

È seguito da assistenza privata
 SI NO

Per quali servizi (prestazioni) _____
Per quante ore al giorno _____
Da quanto tempo _____

Ha già effettuato ricoveri di Cure Intermedie (ex Riabilitazione) SI NO

Se "SI", indicare l'anno: _____ ed il mese _____
_____ dell'ultimo ricovero

