



Azienda di Servizi alla Persona
Basso Lodigiano

Centro Diurno Integrato "Dott. Luigi Bonomi" - Via IV Novembre - Tavazzano con Villavesco - LO
Tel. 0377 7721

DOMANDA ACCOGLIENZA CDI "LUIGI BONOMI"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA DEL BASSO LODIGIANO

Sede legale e amministrativa: Viale Gandolfi, 27/33 - 26845 Codogno (LO)

C.F. 90519590153 - Direttore Generale: Dusio Enrico

TEL 0377 7721 - FAX 0377 772291 - WEB www.aspbassolodigiano.it - EMAIL info@aspbassolodigiano.it -
PEC pec@pec.aspbassolodigiano.it

Domanda di inserimento in CDI

Il/la sottoscritto/a

_____ nat ____ a

_____ il _____ stato civile _____

residente a _____ Via

_____ tel. ____/_____ codice fiscale

Cittadinanza _____

Nome medico di base _____ Tel. _____

N° libretto sanitario _____ N° esenzione ticket _____

CHIEDE

di essere ammesso/a presso:

Centro Diurno Integrato

- Fascia A : dalle 8:00 alle 16:30 compreso pranzo Euro 26.00
- Fascia B : dalle 8:00 alle 18:30 compreso pranzo e cena Euro 30.00
- Fascia C : dalle 8:00 alle 13:30 compreso pranzo Euro 26.00
- Fascia D : dalle 13:30 alle 18:30 compresa cena Euro 26,00

Servizio Notturno

Gli importi si intendono compresi di Iva.

L'eventuale variazione di tipologia di frequenza dovrà essere comunicata con anticipo alla coordinatrice del CDI e avrà decorrenza a partire dal mese successivo.

I SOTTOSCRITTI:

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____

grado di parentela _____ Tel. N. _____ / _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____

grado di parentela _____ Tel. N. _____ / _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____

grado di parentela _____ Tel. N. _____ / _____

DICHIARANO

- di assumersi in via solidale l'impegno di provvedere al pagamento del costo del Centro Diurno Integrato a decorrere dalla data di ammissione;
- di assumersi in via solidale l'impegno di provvedere al pagamento del costo del Servizio Notturno a decorrere dalla data di ammissione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente il cambio del proprio indirizzo.
- di essere a conoscenza che la camera è adibita ad Ospiti di ambo i sessi e lo accettiamo.

L'impegno assunto si intende sulla base di quanto disposto dall'art. 433 del Codice Civile.

_____ li _____

firme per esteso

(e specifica del titolo:
marito, moglie, A.d.S. ecc.)

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE (da allegare alla domanda di ammissione)

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ N. _____

ANAMNESI SINTETICA

QUADRO CLINICO ATTUALE

TERAPIA IN ATTO

ALLERGIE

È esente da malattie infettive?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
È vigile?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
È in ossigeno-terapia?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Presenta ulcere da _____?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Può camminare da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Può camminare con aiuto?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Può camminare con ausili?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si sposta con carrozzina?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
È allettato?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mangia da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mangia con aiuto parziale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dipendenza totale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si veste da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si veste con aiuto?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dipendenza totale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si lava da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si lava con aiuto?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dipendenza totale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Continente?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Incontinenza vescicale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Incontinenza anale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Catetere?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Psiche integra?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fasi di confusione e disorientamento?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fasi di agitazione psico-motoria?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA DEL BASSO LODIGIANO

Sede legale e amministrativa: Viale Gandolfi, 27/33 - 26845 Codogno (LO)

C.F. 90519590153 - Direttore Generale: Dusio Enrico

TEL 0377 7721 - FAX 0377 772291 - WEB www.aspbassolodigiano.it - EMAIL info@aspbassolodigiano.it -
PEC pec@pec.aspbassolodigiano.it

Malattie psichiatriche?

sì no

ESAMI RICHIESTI

Se affetto da Morbo di Alzheimer, allegare documentazione attestante la patologia.

Dr. _____ N. Cel. _____

Forme di tutela : Nessuna Amm.di Sostegno Curatore Tutore

(Timbro e firma del Medico curante)

Data _____