



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

...1... sottoscritt... ..
nat... a (Prov. di) il
..... e residente a
(Prov. di) in Via
documento di riconoscimento
telefono..... professione
che ha con l'ospite Sig. il seguente
grado di parentela

Preso atto delle prescrizioni menzionate nella domanda di ammissione che il sottoscritto assicura far osservare al proprio congiunto

SI IMPEGNA comunque

- 1- a garantire il pagamento della retta, dovuta dall'ospite sopra generalizzato, da corrispondere alla Misericordia di Sarteano, tenendo conto anche degli aumenti che dovessero essere, nel frattempo, deliberati e che verranno notificati di volta in volta dall'Amministrazione;
- 2- a garantire il versamento di n.1 mensilità quale deposito cauzionale infruttifero;
- 3- a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione:
 - mancato superamento della prova di ospitalità per i primi due mesi
 - infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo
 - sopraggiunte infermità fisiche e/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza nella struttura
 - morosità, per pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte;



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

- 4- a corrispondere alla Misericordia, in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione di cui all'art.3 sopra riportato, una penale giornaliera pari al doppio della retta.
- 5- dichiara che l'ospite percepisce/non percepisce l'assegno relativo alla pensione di accompagnamento;
- 6- dichiara inoltre di avere avviato la pratica di richiesta per percepire l'assegno relativo alla pensione di accompagnamento e si impegna a comunicarne l'esito.

Accetta le norme che regolano il funzionamento della Casa di Riposo R.S.A. "Piero Bargagli", e le loro condizioni economiche.

Prende atto del fatto che la presente domanda ha validità di 6 mesi se non debitamente aggiornata nella sua parte socio sanitaria.

Sarteano lì,

In fede



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

.....

.....

Condizioni viscerali (vescica ed intestino: continenti o meno).....

.....

.....

Mantiene stazione eretta

Cammina con o senza appoggio

Decubiti.....

.....

Presenta disturbi:

- tono muscolari

- articolari

- linguaggio

- vista

- trofico-articolari

- stato cognitivo

- memoria

- insonnia

Disturbi del comportamento (confusione, aggressione, irritabilità, agitazione)

.....

.....

Disturbi psichiatrici (ansia, depressione, allucinazioni).....

.....

.....

Interventi chirurgici subiti.....

.....

.....



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

.....
....

ANNOTAZIONI (eventuali certificazioni sanitarie o cartelle cliniche, esami specialistici, ecc.).....

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

Allergie.....
.....

Farmaci di mantenimento.....
.....
.....

Ausili/presidi necessari per il soggiorno dell'ospite, attivare la procedura per ottenerne l'erogazione dal S.S.N.

Il sottoscritto Medico di famiglia dichiara di aver visitato il/la paziente e di ritenerlo idoneo di poter vivere in comunità

Sarteano lì,

Timbro e firma del Medico



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

PRESCRIZIONE TRATTAMENTI DI CONTENZIONE

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Medico curante del/della Sig. _____

Affett_ da _____

- sentito il parere dell'èquipe assistenziale*
- tenuto conto della VMD** MMSE punteggio_____ Conley punteggio_____ Tinetti punteggio_____
- vista la consulenza specialistica effettuata***,
- acquisito il parere del Tutore e/o Amministratore di sostegno nei casi in cui è previsto,
- informati i familiari,

dopo aver tentato inutilmente ogni altro accorgimento possibile per impedire tale provvedimento, prescrive il seguente mezzo di contenzione:

1. spondine del letto durante l'allettamento
2. tavolo della carrozzina in posizione seduta
3. corsetto in posizione seduta
4. bretelle in posizione seduta
5. fasce pelviche in posizione seduta
6. altro (specificare) _____

Motivo della prescrizione _____

Durata della contenzione _____

Controllo infermieristico ogni _____ ore con mobilizzazione programmata _____

Revisione periodica del provvedimento: al termine della prescrizione

Data

Firma e timbro del medico
responsabile della cura del paziente

Il familiare/tutore _____ dell'Ospite Sig./Sig.ra _____

_____ prende visione di quanto prescritto dal Medico di Medicina Generale al suddetto
paziente ed autorizza il mezzo di "contenzione" prescritto.

Sarteano li, _____

Firma _____

Viale Umbria, 18

Casa di Riposo Tel. 0578267242

Web site: www.misericordiasarteano.com - E-mail: info@misericordiasarteano.com - PEC: misericordiasarteano@pec.it

53047 SARTEANO (Siena)

Segreteria Tel. e Fax 0578266881



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

DOMANDA DI AMMISSIONE

... sottoscritt... ..

CHIEDE

di essere ammess... nella Casa di Riposo R.S.A. "Piero Bargagli" di codesta Venerabile Arciconfraternita di Misericordia, in camera (singola/doppia), impegnandosi:

- 1- a corrispondere la retta mensile, ad oggi fissata in € 100,00 (in camera singola € 105,00) giornaliera per non-autosufficienti temporanei, compresi i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni), deliberati dal Magistrato, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza nella Casa di Riposo;
- 2- a corrispondere, al momento dell'ammissione in Casa di Riposo n.1 (una) mensilità, a titolo di deposito cauzionale infruttifero.

Al fine della presente domanda

DICHIARA

- a) di essere nat... il a (Prov. di)
- b) di essere residente a
(Prov. di ...) in Via n.
telefono Cod. Fisc.
- c) che la sua famiglia convivente risulta composta come dal seguente prospetto:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto con il dichiarante	Stato civile

- d) di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di prova di



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

una settimana, trascorsa la quale, se l'ospite non risulterà idoneo ne conseguirà che:

- 1 - il firmatario della dichiarazione di assunzione di responsabilità sarà tenuto a riprendere l'ospite e ricondurlo presso il suo domicilio;
- 2 - per gli ospiti i quali non hanno un referente, firmatario della dichiarazione di responsabilità, si provvederà, da parte della Misericordia, alle dimissioni dell'ospite;

c) che per quanto attiene il pagamento della retta mensile, si impegna ad accreditare la retta dovuta entro il giorno 10 di ogni mese alla Banca, Tesoriere dell'Ente, Monte dei Paschi di Siena – Filiale di Sarteano
Codice IBAN IT 56 L 01030 72030 0000000 23649;

d) di impegnarsi a lasciare la Casa di Riposo in caso di morosità della retta per oltre i due mesi corrispondenti al deposito o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte.

Nell'eventualità in cui l'ospite dovesse ritardare l'uscita dalla Casa di Riposo sarà dovuta una penale giornaliera pari al doppio della retta;

Accetta le norme che regolano il funzionamento della Casa di Riposo R.S.A. "Piero Bargagli", e le loro condizioni economiche.

Prende atto del fatto che la presente domanda ha validità di 6 mesi se non debitamente aggiornata nella sua parte socio sanitaria.

Gli ospiti hanno la possibilità di personalizzare la propria area di degenza con quadretti, fotografie o piccola oggettistica compatibilmente con la normativa di riferimento.

Allega alla presente dichiarazione i seguenti documenti in fotocopia:

- documento di riconoscimento;
- libretto sanitario;
- codice fiscale;
- questionario sanitario (a cura del Medico di base);
- dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente;

Sarteano li,

In fede

Viale Umbria, 18

Casa di Riposo Tel. 0578267242

Web site: www.misericordiasarteano.com - E-mail: info@misericordiasarteano.com - PEC: misericordiasarteano@pec.it

53047 SARTEANO (Siena)

Segreteria Tel. e Fax 0578266881



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

N43. Raccolta del consenso presso
l'interessato
Versione 1.0
Data: 25/06/2018
SA12 - Schede ospiti RSA / RA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

N43. Raccolta del consenso presso l'interessato

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Misericordia di Sarteano secondo le finalità riportate di seguito:
Servizi sociali e di assistenza

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

Servizi sociali e di assistenza



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Stato di salute (Dati relativi alla salute); Origini etniche (Dati sensibili); Convinzioni religiose; adesione ad organizzazioni a carattere religioso (Dati sensibili); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Dati biometrici (Dati biometrici); Convinzioni filosofiche o di altro genere; adesione ad organizzazioni a carattere filosofico (Dati sensibili) e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

Località e data: _____

Firma dell'interessato

Firma del familiare



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia di Sarteano - ODV

Iscritta in data 20/02/2020 al n.18 del Registro Regionale Persone Giuridiche Private (ai sensi del D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

PRESA VISIONE DEI TRATTAMENTI DI CONTENZIONE

da far firmare al paziente o al familiare/tutore

Io sottoscritto _____

In qualità di: Ospite della Residenza

Familiare/Tutore/Amministratore di sostegno

del/della Sig.____ _____

informato che potrebbe verificarsi la necessità di adottare un mezzo di contenzione per preservare la salute e l'integrità fisica del paziente; assicurato che tale autorizzazione è soggetta a prescrizione da parte del medico responsabile della cura del paziente

AUTORIZZO

il medico responsabile della cura del paziente ad effettuare la prescrizione dei mezzi di contenzione ed il personale della R.S.A. ad adottare il trattamento di contenzione prescritto.

Sarteano lì, _____

Firma _____
(leggibile)