



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

Il richiedente necessita di essere inserito in un reparto con accessi limitati (pericolo di fuga)?

☐ Sì ☐ No

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 _____

Ex Professione _____

Religione _____

Medico curante _____ Indirizzo _____ Telefono _____

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 del/la 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

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| ☐ Orientato | ☐ Tempo | ☐ Non orientato | ☐ Tempo |
| | ☐ Spazio | | ☐ Spazio |
| | ☐ Luogo | | ☐ Luogo |
| | ☐ Persona | | ☐ Persona |

- | | | |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Aggressività | ☐ Fisica | ☐ Verbale |
| Stati d'agitazione | ☐ SI | ☐ NO |
| Disturbo ritmo circadiano | ☐ SI | ☐ NO |
| Rischio di fuga | ☐ SI | ☐ NO |

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

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

Mezzi ausiliari e mobilitazione

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| ☐ Bastone o stampelle | ☐ privato | ☐ da prevedere in struttura |
| ☐ Deambulatore | ☐ privato | ☐ da prevedere in struttura |
| ☐ Carrozzina | ☐ privato | ☐ da prevedere in struttura |
| ☐ Altro: _____ | ☐ privato | ☐ da prevedere in struttura |
| ☐ Particolari (es. carrozzina di dimensioni speciali, condizioni particolari, ecc.) | | |

Eliminazione

- | | | | | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Continente | ☐ feci | ☐ urine | protezione | ☐ giorno | ☐ notte |
| Incontinente | ☐ feci | ☐ urine | tipo _____ | | tipo _____ |

Apparecchio acustico ☐ sinistro ☐ destro

- | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Occhiali | ☐ da vista | ☐ da lettura | | |
| Protesi dentaria | ☐ completa | ☐ superiore | ☐ inferiore | ☐ 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: _____

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

- ☐ Curatela di amministrazione e sostegno
- ☐ Curatela di rappresentanza
- ☐ Curatela di rappresentanza/gestione
- ☐ Curatela di cooperazione
- ☐ Curatela generale

Cognome e nome: _____

Indirizzo completo: Via, n. _____

NAP e Luogo _____

Telefoni _____

E-mail _____

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 presente Domanda di ammissione:

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; tast 1 per informazioni relative al calcolo della retta), o tramite l'indirizzo e-mail richiesta.ammissione CPA@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.ammissione CPA@anziani.bellinzona.ch.

Riferimenti correlati:

ⁱ MS-AMM-M-019-Prescrizione medica per domanda di ammissione