



## 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. AVS<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_   Indirizzo \_\_\_\_\_   Telefono \_\_\_\_\_

Religione \_\_\_\_\_

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

Ospedale    Clinica    Casa Anziani    Altra struttura

Istituto di provenienza: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 | <b>protezione</b> | <input type="checkbox"/> giorno | <input type="checkbox"/> notte |
| Incontinente | <input type="checkbox"/> feci | <input type="checkbox"/> urine | tipo _____        | tipo _____                      |                                |

**Apparecchio acustico**     sinistro     destro

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



**Regime alimentare**

Normale    Leggero    Diabetico    Ipoalcalorico    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, SUVA<sup>ii</sup>, 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@anziani.bellinzona.ch](mailto:richiesta.ammissionecpa@anziani.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@anziani.bellinzona.ch](mailto:richiesta.ammissionecpa@anziani.bellinzona.ch).

Riferimenti correlati:

<sup>i</sup> MS-AMM-M-019-Prescrizione medica per domanda di ammissione <sup>ii</sup>  
<https://www.suva.ch/> (14.10.2024)



## 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

\_\_\_\_\_