



## 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











## 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

\_\_\_\_\_

Riferimenti correlati: MS-AMM-M-021-Domanda di ammissione