

# Villa Bilardo

Soggiorno Residenziale per anziani

VILLANOVA D'ARDENGI (PV)



CARTA DEI SERVIZI

**SOGGIORNO RESIDENZIALE PER ANZIANI**

Tale servizio è autorizzato come struttura a cielo residenziale ex DEC.MIN.SOLIDARIETA' SOCIALE N.308/2001, ma non si avvale di accreditamento regionale.

E' destinato ad ospitare anziani per interventi socio assistenziali e socio sanitari, finalizzati al mantenimento ed al recupero delle residue capacità di autonomia della persona ed al sostegno della famiglia.

La struttura è disposta su due livelli composti da: 2 Ampi saloni – Cucina – Camere da letto singole doppie e triple – 3 Bagni di cui uno attrezzato per disabili – 2 verande – 2 balconi - (lavanderia – dispensa - Sgabuzzino - nel seminterrato).

La casa è circondata da un ampio giardino accessibile agli ospiti.

Ampia piscina divisa in 2 livelli con lastrico solare e barbecue.

Il medico di base della struttura è sempre disponibile e, in caso di necessità, ci si avvale di uno specialista a seconda della patologia.

La retta viene definita al momento del contratto secondo le necessità personali dell'ospite.

Nella retta sono compresi i seguenti servizi:

- Vitto e alloggio
- Lavanderia
- Manicure e Pedicure (non curative)
- Interventi educativi ed animativi
- Assistenza religiosa
- Eventuale accompagnamento in chiesa, passeggiate e altre uscite a scopo ludico.

Nella retta non sono compresi i seguenti servizi:

- Spese mediche specialistiche
- Ticket non esenti
- Farmaci non mutuabili
- Trasporto con autolettiga
- Parrucchiera e/o barbiere
- Manicure e pedicure curative
- Tutto quanto non compreso nella voce “nella retta sono compresi”

Al momento del contratto d'ammissione dovrà essere versata una cauzione pari ad una mensilità concordata precedentemente.

La cessata collaborazione, salvo diversa prescrizione concordata e controfirmata al momento del ricovero, dovrà essere comunicata per iscritto e con un preavviso di 30 giorni.

In questo caso se la cessata collaborazione avvenisse entro la prima metà del mese successivo, verrà versata metà della retta mensile; se la cessata collaborazione avvenisse

nella seconda metà del mese successivo, la retta dovrà essere versata interamente.

Qualora non fosse comunicata la cessata collaborazione, il pagamento della retta dovrà essere effettuato comunque.

Il pagamento della retta dovrà avvenire in via anticipata entro e non oltre il primo giorno del mese. In caso di bonifico bancario il pagamento dovrà avvenire entro e non oltre il 5 di ogni mese.

In caso di ricovero ospedaliero dell'ospite i signori parenti se ne dovranno prendere cura per tutto il tempo di degenza.

Resta inteso che l'assenza dell'ospite dalla struttura non comporta la sospensione del pagamento della retta mensile.

In caso di decesso dell'ospite successivamente al pagamento della retta non è prevista la restituzione della stessa.

## DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE

1. Scheda medica compilata dal proprio medico curante o anamnesi ospedaliera con piano terapeutico
2. Carta d'identità
3. Codice fiscale
4. Tessera sanitaria
5. Tesserini d'esenzione
6. Scorta di farmaci
7. Impegnative

Tutti i documenti dovranno essere in formato originale.

L'ammissione avverrà solo dopo la valutazione del medico della struttura.

Al momento dell'ammissione dell'ospite verrà comunicato un numero di riconoscimento che dovrà essere posizionato su tutti gli indumenti dai parenti stessi.

**DOPO AVER LETTO ACCURATAMENTE ACCETTO IL CONTRATTO IN TUTTI I SUOI PUNTI**

---

## DATI ANAGRAFICI PARENTI

Cognome:..... Nome:.....

Residente:..... Via:..... n°:.....

Prov:..... Cap:..... Tipo di parentela:.....

Tel: ...../..... Cell:...../.....

Cognome:..... Nome:.....

Residente:..... Via:..... n°:.....

Prov:..... Cap:..... Tipo di parentela:.....

Tel: ...../..... Cell:...../.....

Cognome:..... Nome:.....

Residente:..... Via:..... n°:.....

Prov:..... Cap:..... Tipo di parentela:.....

Tel: ...../..... Cell:...../.....

Cognome:..... Nome:.....

Residente:..... Via:..... n°:.....

Prov:..... Cap:..... Tipo di parentela:.....

Tel: ...../..... Cell:...../.....

# Soggiorno Residenziale Villa Bilardo

PER IL RICOVERO DEL SIGNOR/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

SISTEMA NERVOSO \_\_\_\_\_

ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO  SI  NO

ORIENTAMENTO NEL TEMPO  SI  NO

ALVO  normale  stipsi  diarrea  incontinenza dal giorno \_\_\_\_\_

Fa uso di lassativi  si  no tipo \_\_\_\_\_

DIURESIS  normale  oliguria  anuria  poliuri  incontinenza

Portatore di catetere CH \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_ dal giorno \_\_\_\_\_

Portatore di abbigliamento protettivo \_\_\_\_\_

ALIMENTAZIONE  autonoma  necessita di assistenza

RESPIRO  eupnea  dispnea  apnea  presenta fame d'aria

CUORE E SISTEMA CIRCOLATORIO \_\_\_\_\_

SONNO  notturno  diurno  fa uso di sonniferi tipo \_\_\_\_\_

MOTILITA' deambulazione  normale  difficoltosa  impossibile

Autonomia nell'uso della toilette  si  no

Capacità di mantenere la posizione seduta  si  no

Cause \_\_\_\_\_

**DISTURBI PRINCIPALI O CONCOMITANTI**

- Crisi epilettiche                       demenza                       demenza tipo Alzheimer
- Abuso etilico                               diabete                               depressione grave
- Positività per epatite grave               HIV                               ipertensione
- Piaghe da decubito                       tossicodipendenza
- Allergie a farmaci e/o alimenti \_\_\_\_\_

**ABITUDINI DI VITA**

- Cura di sé     presente     assente
- Fumo             si             no      Alcool             si     no

**COMUNICAZIONE**

- Disturbi de linguaggio     si     no    causa \_\_\_\_\_
- Disturbi alla vista             si     no    causa \_\_\_\_\_
- Disturbi all'udito             si     no    causa \_\_\_\_\_
- Comunicabilità     normale     scarsa     assente
- Il paziente è in grado di provvedere alla propria igiene quotidiana     si     no
- Il sig./ra \_\_\_\_\_ non è affetto da malattia infettiva e/o contagiosa.

DATA \_\_\_\_\_      TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_



## **FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Luogo:

Data:

Nome:

Cognome:

Il /La sottoscritto/a acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell' art. 13 del D.lgs n°196/2003 e consapevole , in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. D, nonché art.26 del D.lgs.196/2003 vale a dire i dati " idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose , filosofiche o di altro genere ,le opinioni politiche ,l'adesione a partiti sindacali, associazioni od organizzazioni a carattere religioso,filosofico, politico o sindacale,nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"

-presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma leggibile \_\_\_\_\_

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.  
(nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dei dati sensibili dell'interessato)

Firma leggibile \_\_\_\_\_

-presta il suo consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa.(nel caso sia prevista anche la diffusione dei dati sensibili diversi da quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato; questi ultimi , infatti non possono essere diffusi)

Firma leggibile \_\_\_\_\_