



## **Domanda d'ammissione** **Informazioni**

La domanda d'ammissione deve essere inoltrata alla Direzione della casa **completa e firmata**.

L'ammissione viene decisa dalla Direzione della Casa, informando il Municipio, a seconda delle possibilità ricettive della casa.

Nel caso di mancanza di posti letto, la richiesta viene registrata nella lista d'attesa art.li 7 e 8 del regolamento di gestione del CACRM ( Centro Anziani Casa Rea Minusio).

Ogni domanda dovrà essere **riconfermata una volta all'anno**, di regola all'inizio dell'anno, presso la Direzione. Se ciò non avverrà la persona verrà stralciata dalla lista d'attesa ed in caso di rientro verrà inserita in fondo alla stessa.

Se la situazione generale dell'ospite lo richiede, ai famigliari viene richiesto di designare un rappresentante legale.

### **ENTRATA NELLA CASA**

La data e l'orario d'entrata vengono stabiliti in accordo con la Direzione, alla quale compete pure l'assegnazione della camera.

L'ospite deve presentarsi con tutti gli effetti personali debitamente etichettati o dare istruzione alla Casa di provvedere in tal senso che sarà poi fatturato.

Per beni personali di particolare valore ( mobili, quadri, oro, valute...) si consiglia il deposito in un istituto bancario.

In ogni caso i beni dovranno essere assicurati a carico dell'ospite. La Casa non si assume nessuna responsabilità per eventuali oggetti di valore smarriti.

la Direzione



## Domanda d'ammissione

### Dati anagrafici

Cognome:.....

Nome:.....

Data di nascita :.....

Luogo di nascita:.....

Domicilio:.....

Indirizzo:.....

Numero di telefono:.....

Attinenza:.....

Ex professione:.....

Stato civile:..... Religione:.....

Cognome e nome del coniuge:.....

Generalità genitori:.....

Cassa malati:.....

Medico curante:.....

### Familiari

Cognome, nome	Indirizzo e No telefono	Grado di parentela
---------------	-------------------------	--------------------

.....

.....

.....

.....

Ev. rappresentante legale:

Cognome, nome	Indirizzo e No telefono
---------------	-------------------------

.....

Prima persona di contatto:

Cognome, nome	Indirizzo e N° telefono
---------------	-------------------------

.....

Indirizzo e-mail:.....

**Situazione finanziaria**

Numero AVS :.....

Franchi:..... versata da:.....

Ev. prestazione complementare o altre prestazioni:

Franchi:..... versata da:.....

Altre rendite (pensioni,SUVA, ecc.):

Franchi:..... versata da:.....

Assegno grandi invalidi  SI  NO

(qualora fosse stata o si prevede di inoltrare la domanda AGI mi impegno a consegnare immediatamente una copia della decisione alla Direzione della Casa Rea).

Responsabile per il pagamento della retta :

Cognome e Nome.....

Indirizzo.....

Firma .....

**Richiesta d'ammissione** Preiscrizione  Urgente

**Motivo della richiesta d'ammissione**

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

**Desidero una camera** Singola  Doppia

In caso non sia libera una camera singola sono disposto ad entrare in camera doppia

SI  NO

**Osservazioni**

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

**Luogo e data:**

**Firma:**

.....



## **Documenti da allegare**

1. Domanda d'ammissione ( allegata )
2. Dichiarazione di svincolo dal segreto medico ( allegata )
3. Dichiarazione di svincolo della protezione dei dati (allegata)
4. Dichiarazione attestante eventuali donazioni e/o successioni avvenute dopo il 31.08.1981 da firmare da entrambi i coniugi se del caso (allegata)
5. Nel caso di donazioni o partecipazione a comunioni ereditarie e indivisioni, tutta la relativa documentazione atta a determinare esattamente la situazione finanziaria, quale ad es. notifica di tassazione della comunione ereditaria o indivisione, progetto di tassazione emesso dall'ufficio imposte di successione e donazione, estratti dal registro fondiario, pubblico istrumento, certificati ereditari, sommarione, ecc
6. La notifica di tassazione di riferimento completa (4 fogli) con i calcoli d'imposta (per esempio per l'anno 2022 la notifica di tassazione di riferimento è quella del 2020) e tutte le notifiche dal 2003 in avanti, inoltre l'eventuale foglio di riparto in caso di proprietà in altri comuni rispetto al domicilio.
7. I cedolini postali o estratti conti bancari riguardanti i proventi (AVS, pensioni, ed eventuali entrate) relativi all'anno corrente.
8. Copia del conteggio annuale del premio pagato alla cassa malati dei due anni precedenti ed attestato della cassa malati con il premio da pagare nell'anno corrente
9. Se al beneficio della Prestazione Complementare, copia della relativa decisione (in questo caso non va fornita la documentazione del punto 6)
10. Se al beneficio dell'assegno grande invalido, copia della relativa decisione
11. Certificato medico (allegato)

**La persona verrà messa in lista d'attesa unicamente quando verrà consegnata la documentazione richiesta completa ( pti 1-10 ) e definita la persona di contatto per le questioni amministrative.**

La Direzione

## SVINCOLO DAL SEGRETO MEDICO

Gentile residente

Entrando nella nostra casa per anziani (o nel suo reparto ad alto contenuto sanitario) lei beneficia di cure mediche sicure ed efficaci, garantite da diverse figure professionali che lavorano in team. Questo team curante registra il suo lavoro nella cartella sanitaria, un "diario" nel quale troviamo le informazioni sul suo stato di salute, utili per curarla bene. Di notte e nei giorni festivi capita che intervenga, al bisogno, un **medico di picchetto**: anch'egli avrà accesso a queste informazioni, così come il medico **direttore sanitario** che coordina e vigila sulle cure.

Potrebbe anche succedere che necessitiamo di informazioni ottenibili in ospedali o presso altri medici, che si sono occupati di lei **in passato**. Inoltre, se lei torna a casa o necessita di un ricovero in ospedale, è importante che il medico al quale lei si rivolgerà **in futuro** ottenga da noi le informazioni utili e necessarie per garantire la continuità delle cure.

Con questo foglio di svincolo lei consente a questi medici – o ai loro collaboratori – di informarsi reciprocamente affinché le cure siano sicure ed efficaci. Riteniamo importante che lei capisca il senso di questo svincolo e che ci dia il suo consenso o istruzioni diverse.

Tutto il team curante è comunque tenuto al rispetto del segreto medico nei confronti di terzi non coinvolti nelle cure, anche nei confronti di parenti, se lo desidera.

Restiamo a sua completa disposizione per qualsiasi domanda al proposito.

Il direttore sanitario, dott.ssa Francesca Podda

Io sottoscritto/a :

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

Data di nascita:..... Domicilio:.....

ev. rappresentante legale :

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

**dichiaro** di avere letto e compreso le regole di accesso e di gestione delle informazioni sul mio stato di salute, che trovano il mio consenso.

Svincolo i medici che si sono occupati della mia salute – all'ospedale come in studio medico – dal segreto professionale nei confronti del team curante di questa casa per anziani, affinché siano trasmesse le informazioni utili e necessarie a curarmi bene.

Svincolo parimenti i medici di questa casa ad informare adeguatamente futuri medici (ospedalieri o ambulatoriali) che si occuperanno altrove di me.

Questo svincolo ha validità fino alla sua revoca.

Autorizzo i medici a comunicare alla Direzione amministrativa le informazioni suscettibili di avere conseguenze sugli altri ospiti o sull'organizzazione della casa.

Luogo e data: ..... Firma: .....

**Dichiarazione di svincolo dal  
SEGRETO PROFESSIONALE E PROTEZIONE DEI DATI**

Gli assicuratori malattia intervengono direttamente nelle case anziani per verificare l'efficacia, l'efficienza e l'adeguatezza delle prestazioni sanitarie ricevute dai propri assicurati. Gli assicuratori effettuano degli incontri di verifica (audit) con l'assicurato, tramite i propri dipendenti (case-manager).

Il case-manager, seppur di formazione sanitaria, non è un operatore sanitario ai sensi della Legge sanitaria; né la legislazione federale né quella cantonale prevedono lo svincolo automatico del segreto professionale nei confronti del case-manager.

Ne consegue che l'esposizione dei dati sanitari dell'ospite della casa anziani, in particolare la visione della cartella sanitaria durante gli audit, può avvenire unicamente con il consenso formale dell'ospite.

La trasmissione dei dati sanitari concernenti gli ospiti sottostà ai limiti costituiti dal segreto professionale e alla protezione dei dati.

Questa dichiarazione di svincolo del segreto professionale e della protezione dei dati permetterà all'operatore sanitario di **trasmettere le informazioni** al case manager, ma esclusivamente i **dati idonei e necessari** allo scopo perseguito da quest'ultimo, nel rispetto del **principio della proporzionalità**.

Io sottoscritto/a :

Cognome:..... Nome:..... Data di nascita:.....

**dichiaro** di svincolare la Direzione amministrativa e medica del Centro anziani Casa Rea dall'obbligo del segreto professionale e della protezione dei dati nei confronti della mia cassa malattia; in particolare attraverso la messa a disposizione della cartella sanitaria al case-manager e/o al medico di fiducia dell'assicurazione, nonché alla trasmissione di informazioni orali durante gli audit, applicando il principio della proporzionalità.

Luogo e data: ..... Firma: .....

Rappresentante legale :

Cognome..... Nome.....

Luogo e data: ..... Firma: .....

## Dichiarazione

La Signora / il Signor.....

ev. rappresentato legalmente da .....

dichiara che a partire dal 1. settembre 1981 fino alla data odierna

NON ha fatto donazioni o anticipi ereditari di sostanza immobiliare e/o mobiliare

ha fatto le donazioni e/o gli anticipi ereditari che vengono indicati qui sotto  
(allegare p.f. copia rogiti, estratti registro fondiario al momento della donazione  
ed ev. notifica di tassazione dell'Ufficio imposte di successione e donazione)

### Sostanza immobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>numero mappale</i>	<i>Comune</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore di stima alla data di devoluzione</i>	<i>oneri/debiti ceduti con la sostanza</i>

### Sostanza mobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>descrizione dei beni devoluti (contanti, azioni, gioielli, ecc.)</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore complessivo dei beni devoluti</i>	<i>valore di eventuali oneri/debiti ceduti</i>

Con la firma della presente confermo la veridicità e completezza dei dati dichiarati sopra ed autorizzo l'Ufficio anziani e cure a domicilio a richiedere eventuali ulteriori informazioni all'Ufficio delle imposte di successione e donazione, Lugano

Data:.....

Firma: .....  
(dell'ospite o del suo rappresentante legale)

**ATTENZIONE:** nel caso di ospiti coniugati la presente dichiarazione deve essere compilata e firmata da **entrambi** i coniugi.



## **Certificato medico**

(Per l'incarto medico, da indirizzare alla direzione)

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

### **Disturbi Fisici**

Disturbi cardiovascolari: .....

Disturbi respiratori: .....

Disturbi digestivi: .....

Capacità visiva: .....

Capacità uditiva: .....

Altri disturbi: .....

### **Disturbi psichici:**

Orientamento spazio temporale: .....

Psicosi: .....

Depressione: .....

Disturbi caratteriali: .....

Tendenze suicidali: .....

Etilismo: .....

Mini Mental Test (risultato): .....

### **Grado di autonomia**

E' in grado di compiere gli atti quotidiani:.....

Incontinenza urinaria: .....

Incontinenza encopretica : .....

E' costretto/a a letto ? .....

Può vestirsi da solo/a ? .....

Può lavarsi da solo/a ? .....

Può mangiare da solo/a ? .....

Deambulazione : .....



**Diversi:**

Malattie infettive: .....

Malattie contagiose: .....

Allergie : .....

**Lo stato attuale è :**            stazionario  
  suscettibile di peggioramento

**Necessità Terapeutiche e dietologiche:**

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

**Osservazioni**

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

Luogo e data:

Timbro e firma del medico

## Disposizioni del/della paziente | Versione adattata per Centro anziani Casa Rea

### Formulate da

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Nel caso in cui io fossi incapace di discernimento, desidero

- che siano adottate tutte le misure mediche adeguate (compresa la rianimazione) per il trattamento della malattia acuta e affinché io possa riacquistare la capacità di discernimento;  
oppure
- non essere rianimato e che non siano effettuate misure di medicina intensiva (in particolare respirazione artificiale);  
oppure
- non essere rianimato, ma autorizzo un trattamento in un reparto intensivo.

Qualora dopo una stabilizzazione iniziale delle mie condizioni, risultasse poco probabile che io ritrovi la mia capacità di discernimento e il pericolo di un lungo periodo di cure fosse elevato, desidero che

- vengano protrate tutte le misure per tenermi in vita fino a quando ci sia ancora una speranza che ritrovi la mia capacità di discernimento;
- si rinunci ad altre misure per mantenermi in vita.

In ogni caso, desidero un trattamento efficace dei dolori e di altri sintomi gravosi quali paura, irrequietezza, difficoltà respiratorie e nausea.

- Ho designato come mio rappresentante la persona indicata qui di seguito e l'autorizzo a far valere la mia volontà presso le persone che mi curano. Dispongo che questa persona sia informata sul mio stato e coinvolta nelle decisioni e abbia pertanto accesso alla mia cartella medica; libero espressamente dal segreto medico nei suoi confronti tutti i medici e il personale curante.

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Indirizzo NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono Priv. \_\_\_\_\_ Uff. \_\_\_\_\_ Portatile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Qualora il mio rappresentante non potesse essere contattato o per altri motivi non potesse assumere questo compito, designo la seguente persona come subentrante:

Cognome, nome \_\_\_\_\_

- Ho discusso con il mio rappresentante le disposizioni del/della paziente.

Cognome, nome del medico curante \_\_\_\_\_

Indirizzo NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono Priv. \_\_\_\_\_ Uff. \_\_\_\_\_ Portatile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Ho discusso con il mio medico curante le disposizioni del/della paziente.

**Donazione d'organi**

Desidero donare i miei organi e do il mio consenso al prelievo di tutti gli organi, tessuti e cellule dal mio corpo e all'attuazione delle misure mediche preliminari necessarie in vista della donazione di organi. Se a questo scopo fossero necessarie delle misure intensive, do il mio consenso.

Autorizzo unicamente il prelievo di \_\_\_\_\_

Non consento alla donazione d'organi.

**Con le mie disposizioni desidero innanzitutto ottenere...**

<p>... che tutte le possibilità mediche per tenermi in vita siano applicate. La mia sofferenza deve però essere alleviata il meglio possibile. Sono cosciente del fatto che il tenermi in vita come da me desiderato potrebbe comportare dei gravosi inconvenienti.</p> <p><input type="checkbox"/> Coincide al meglio con la mia opinione.</p>	oppure	<p>... che il trattamento medico serva soprattutto ad alleviare le sofferenze. Il prolungamento della mia vita ad ogni costo per me non ha priorità. Sono cosciente del fatto che rinunciando a determinati trattamenti medici la mia vita potrebbe essere accorciata.</p> <p><input type="checkbox"/> Coincide al meglio con la mia opinione.</p>
---	--------	--

**Luogo/Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nota bene:** conservi le sue disposizioni del paziente in modo che si possano trovare in caso di necessità. Può depositare una copia presso il suo medico curante. Non mandi, per favore, le sue disposizioni del paziente alla FMH/ASSM. Le Direttive ASSM in merito alle disposizioni del paziente si trovano sul sito [www.samw.ch](http://www.samw.ch) e per ulteriori informazioni sul tema disposizioni del paziente si consulti il sito [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) > *Disposizioni del paziente.*