

RICHIESTA D'AMMISSIONE

SOGGIORNO TEMPORANEO TERAPEUTICO (STT)

DATI AMMINISTRATIVI

Nome: _____ Cognome: _____
Data di nascita: __ / __ / 19__ Medico inviate: _____
Indirizzo: _____ Medico curante: _____
Domiciliato a: _____ Telefono privato: 091/____-____-____
Cassa malati: _____ No. Assicurato: _____
Nr. Veka (europeo) _____
Ricovero previsto il: _____ Probabile durata: __ giorni (max. 28)
Proveniente da: _____

Persona di riferimento:

Nome: _____ Cognome: _____
Indirizzo: _____ Ev. grado parentela: _____
Domiciliato a: _____ Telefono privato: 091/____-____-____

DATI MEDICI E INFERMIERISTICI

Diagnosi somatica e psichica:

Motivi e obiettivi del ricovero:

- ☐ Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo intervento chirurgico
☐ Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo una malattia acuta
☐ Riattivazione sotto sorveglianza medica dopo trauma
☐ Valutazione e terapia di una malattia sotto sorveglianza medica
☐ Altro, specificare: _____

Grado dipendenza:

- ☐ Autosufficiente ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente

Mobilità:

- ☐ Deambulazione assistita ☐ Allettato
☐ Deambulazione libera ☐ Mezzi ausiliari – specificare: _____

Terapia (specificare terapia orale, s/c, i/v, i/m, ossigeno, inalazioni, cerotti transdermici):

Medicazioni:

SITUAZIONE GENERALE

Il/La richiedente attualmente vive con: ☐ Coniuge / Convivente ☐ Solo/a ☐ Figli

È già stato/a degente in un reparto STT
negli ultimi 6 mesi per la stessa diagnosi? ☐ SI ☐ NO ☐ Sconosciuto

Rientro a casa: ☐ Sicuro ☐ Probabile ☐ Non possibile

☐ Iscritto in casa anziani a: _____

Osservazioni:

Per favore allegare copia degli ultimi esami di laboratorio e dei rapporti medici importanti

**Timbro e firma del
medico inviante:**

_____ Data compilazione: _____

L'ETÀ MINIMA PER ESSERE AMMESSI PRESSO IL REPARTO STT È L'ETÀ AVS (65 anni).

La retta a carico del paziente per soggiornare nel reparto STT è fissata a **CHF 50.00 al giorno** (si invita a leggere con attenzione il contratto d'ammissione consegnato al momento del ricovero).

Fondazione AVAD
Anziani Vallemaggia e Aiuto Domiciliare
Residenza alle Betulle
Via Valmaggina 29
6675 Cevio

Tel. 091 759 01 11 / info@avad.ch / FAX 091 759 01 12

Riservato alla direzione

**Ammesso, decisione
Del _____**

☐ SI
☐ NO

Visto medico: _____

Visto resp. ammissioni: _____