

Centro di cure per l'Alzheimer Modulo di richiesta attivazione del servizio

Richiesta di presa in carico per: Assistenza domiciliare Centro Diurno

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ PR _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Referente familiare _____

Grado di parentela _____ Tel. _____

Diagnosi di tipo _____

Certificazione di malattia rilasciata da _____ il _____

Deficit cognitivo: lieve (MMSE =21-26) moderata (MMSE= 11-20) grave (MMSE<10)

Disturbi del comportamento SI NO Specificare _____

Disturbi dell'umore SI NO

Presenza di altre patologie:

- Cardiovascolari SI NO

- Respiratorie SI NO

- Dismetaboliche SI NO

- Muscoloscheletriche SI NO

- Neoplastiche SI NO

- Psichiatriche SI NO

Valutazione funzionale:

- Disturbi del linguaggio SI NO

- Deambulazione Autonoma Con aiuto Con ausili

- Disturbi neurologici SI NO

Se sì quali _____

Disturbi della deglutizione SI NO

- Incontinenza Urinaria Doppia

- Disturbi visivi SI NO
- Disturbi uditivi SI NO
- Nutrizione autonoma SI NO Specificare _____

Altri aspetti da segnalare (stomia, ulcere, CVC, CV) _____

Terapia in atto e posologia:

Medico richiedente:

Nome _____ Cognome _____ tel. _____

e-mail _____

Data _____ Firma e timbro _____

Gentile Signore/Signora,

La informiamo che è in vigore una legge che tutela i Suoi dati personali con regole precise a tutela della riservatezza e privacy delle informazioni (D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 - Codice Privacy). **Ai sensi dell'art. 13 del Codice Le forniamo la presente informativa** con richiesta di autorizzazione al trattamento dei Suoi dati anche di natura sensibile.

I dati personali e le informazioni necessarie per la gestione della Sua richiesta sono di natura anagrafica, sanitaria, clinica (compresa la diagnosi e la terapia in corso), socio-sanitaria, socio-economica, familiare, amministrativa e fiscale, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica, dati anagrafici e recapiti telefonici del Care Giver, informazioni circa il tutore, rappresentante legale, curatore e ogni ulteriore informazione necessaria per la gestione della pratica.

I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità in funzione dei servizi richiesti:

- prestazione di servizi socio-sanitari per l'Assistenza a persone affette da Malattia di Alzheimer e altre Demenze;
- programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, gestione di tutte le attività amministrative connesse e strumentali ai servizi sanitari erogati.
- ogni altra finalità di carattere sanitario e amministrativo strettamente connessa e strumentale alle prestazioni sanitarie.

I Suoi dati sono trattati a garanzia della riservatezza nei modi previsti dalla legge di riferimento e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. I dati sono trattati in forma cartacea e informatizzata.

Il conferimento dei Suoi dati, anche quelli di natura sensibile, deve essere da Lei liberamente espresso. È nostro dovere informarla che il conferimento dei Suoi dati è indispensabile per la gestione della Sua richiesta di presa in carico presso la nostra struttura.

Un Suo rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità per la Fondazione di gestire la Sua richiesta, di fornire il servizio richiesto e di completare la pratica amministrativa per la valutazione della richiesta.

I dati personali sono trattati dal medico di medicina generale e/o dal medico curante, dalla ASL, dall'autorità di pubblica sicurezza nei casi di esplicita richiesta.

Possono inoltre accedere ai Suoi dati personali i soggetti interni e/o esterni alla scrivente in qualità di incaricati e/o responsabili al trattamento dei dati al fine dell'adempimento delle mansioni e dei compiti loro affidati.

Le ricordiamo che i suoi diritti sono stabiliti dall'art. 7 e seguenti del Codice Privacy e potrà esercitarli in ogni momento rivolgendosi alla scrivente.

Titolare del trattamento dei dati personali è Fondazione Sanità e Ricerca con sede in Roma, Via A. Poerio 100. Il Responsabile al trattamento dei dati è il Direttore Sanitario. L'elenco costantemente aggiornato dei Responsabili al trattamento è disponibile presso l'Ufficio Qualità e Privacy.

Il paziente o un Suo familiare (delegato/autorizzato)

acconsente **non acconsente**

al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, come indicato nell'informativa.

Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci _____