



Via Maglianese 6, 02040 Montebugno (RI)
Sede legale: via San Martino della Battaglia, 25 (Rm)
C.F.: 06825571000
Tel. 0765/607189

COSA PORTARE AL MOMENTO DEL RICOVERO

DOCUMENTI DA CONSEGNARE AL MOMENTO DEL RICOVERO:

1. Documento di identità valido (dell'Ospite e del Garante);
2. Codice fiscale (dell'Ospite e del Garante);
3. Libretto sanitario, Tessera sanitaria (dell'Ospite e del Garante);
4. Valutazione ingresso originale rilasciata dalla ASL di appartenenza;
5. Scheda dimissione Ospedaliera e/o Certificato Medico Curante con le Diagnosi e la Terapia;
6. Esenzione Ticket;
7. Certificazione ISEE SOCIO-SANITARIO RESIDENZIALE PER RSA
8. Eventuali cartelle cliniche ospedaliere etc;
9. RELAZIONE Medico di Base
10. Fotocopie del verbale di invalidità (portare in visione copia originale);
11. Dotazione minima di medicinali (per 15 giorni);
12. Cauzione (*fondo cassa) di Euro 100 (*) così come concordata con la Direzione Amministrativa

PRESIDI E DOTAZIONE MINIMA DI BIANCHERIA *

- | | |
|--|--|
| 1. Carrozzina: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 2. Deambulatore: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 3. Stampelle: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 4. Cinta di sicurezza: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 5. Materassino antidecubito: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 6. Cuscino antidecubito: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 7. Scorta di Pannoloni e traverse (con autorizzazione alla fornitura): | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 8. Calzini (n. 6 paia): | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 9. Mutande (n. 8): | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 10. Pigiama/camicia da notte (n.4): | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 11. Maglie o camice (n.6): | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 12. Tute (n.3): | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 13. Pantofole o scarpe idonee: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 14. Asciugamani viso (n.4), intimo (n.4) e doccia (n.2): | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |
| 15. Tutto il necessario per l'igiene personale: | <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> NON USA; <input type="checkbox"/> RICHIESTA. |

(spazzolino, dentifricio, pettine, sapone, salviette umidificate, doccia schiuma, deodorante spray, schiuma da barba e rasoio, creme corpo se utilizzate).

* su tutta la biancheria personale è necessario apporre una targhetta identificativa, con nome e cognome).

- Servizio lavanderia: INTERNA (costo € ___);
 esterna (ritiro sporco / consegna pulito una volta alla settimana).

I familiari, nel corso della degenza dell'ospite, hanno il dovere di richiedere al personale sanitario (infermieri), le eventuali prescrizioni mediche, (medicinali, visite specialistiche, eventuali accertamenti diagnostici eventuali ecc.).