



SCHEDA DI INGRESSO OSPITE

Dati ospite:

NOME _____ COGNOME _____
NATO A _____ () IN DATA _____
RESIDENTE IN VIA/PIAZZA _____ NR. _____
CAP _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____
CARTA DI IDENTITA' NR. _____ COMUNE _____ RILASCIATA IL _____
CODICE FISCALE _____

Dati familiare / garante:

NOME _____ COGNOME _____
NATO A _____ () IN DATA _____
RESIDENTE IN VIA/PIAZZA _____ NR. _____
CAP _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____
CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____
ALTRI RECAPITI: NOME _____ TELEFONO _____
NOME _____ TELEFONO _____

DATA DI INGRESSO: _____

LOCALITA': BOLOGNA

CAMERA: SINGOLA DOPPIA

LOIANO

RETTA GIORNALIERA: € __,00

INTESTAZIONE FATTURA A: OSPITE FAMILIARE/GARANTE

INDIRIZZO EMAIL INVIO FATTURA: _____

DA PRESENTARE ALL'INGRESSO:

- Carta d'Identità
- Codice Fiscale
- Cartella sanitaria
- Terapie e prescrizione medicinali firmata da parte del Medico di base
(incluso eventuale terapia CUMADIN o equivalente)

DA PORTARE ALL'INGRESSO:

- necessario per la cura quotidiana della persona
- indumenti adeguati alla stagione
- medicinali



SERVIZI INCLUSI

- Vitto e alloggio con pasti giornalieri come da Carta dei Servizi, con menù settimanale con varianti personalizzate secondo necessità
- Somministrazione medicinali secondo prescrizione medica
- Lavanderia indumenti di normale lavaggio in lavatrice
- Assistenza di base giornaliera con presenza di operatore addetto
- Attività di socializzazione ed animazione geriatrica
- Assistenza infermieristica al bisogno
- Espletamento di pratiche socio-sanitarie come invalidità, cambio di residenza/domicilio, eccetera
- Servizio di custodia di piccole somme di denaro e oggetti personali, con elenco firmato da consegnare all'ingresso

SERVIZI ADDIZIONALI NON INCLUSI *(su richiesta)*

- Cambio medico di base
- Servizi a domicilio come parrucchiere, podologo, estetista, eccetera
- Ciclo di fisioterapie per recupero motorio

MODALITA' PER L'USCITA

Per le uscite al di fuori della Casa-famiglia (visite mediche, passeggiate o altre motivazioni) si richiede il consenso del familiare/garante responsabile dell'ospite: la Casa-famiglia si ritiene in ogni caso sollevata da qualsiasi responsabilità che possa derivare dall'uscita dell'Ospite dalla propria struttura

MODALITA' DI PAGAMENTO

La fattura (esente IVA D.L. 633/72 art. 10 c. 1) viene emessa all'inizio di ciascun mese ed il pagamento deve essere effettuato entro il giorno 10 mediante bonifico bancario a:

BEATRIZ YADIRA LOPEZ POLO

IBAN IT35Y0100537070000000001529

NOTE:

- le presenti condizioni hanno la validità di 1 (un) anno, con rinnovo automatico
- in caso di ricovero ospedaliero, a partire dal 3° giorno la retta viene decurtata del 20% fino al rientro
- la disdetta del soggiorno da parte dell'ospite va comunicata con un preavviso di almeno 30 giorni

_____, li _____

Per presa visione ed accettazione (*)

LA CASA DI BEATRIZ OPERA SANTA RITA

(Familiare / Garante)

() La firma della scheda da parte del sottoscrittore comporta la presa visione e l'accettazione di quanto riportato sulla Carta dei Servizi della struttura.*

LA CASA DI BEATRIZ OPERA SANTA RITA di BEATRIZ YADIRA LOPEZ POLO

Via Friuli-Venezia Giulia, 2 - 40139 BOLOGNA Tel.: 051 543051

Via delle Rose, 3 loc. La Guarda – LOIANO (BO) Tel.: 051 0218912

Cell.: 373 8158384 - email: beatriz.l@fastwebnet.it

P. IVA 03709041200 – CF LPZBRZ64M43Z604R