

# RICHIESTA D'AMMISSIONE PER SOGGIORNO TEMPORANEO TERAPEUTICO (STT) PRESSO LA CASA ANZIANI MALCANTONESE

## DATI AMMINISTRATIVI

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_ / \_\_ / 19\_\_ Medico curante: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono privato: 091/\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Domiciliato a: \_\_\_\_\_ Cassa malati: \_\_\_\_\_  
Ricovero previsto il: \_\_\_\_\_ No. Assicurato: \_\_\_\_\_  
Proveniente da: \_\_\_\_\_ Degenza prevista: \_\_ giorni (**max. 28**)

### Persona di riferimento:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ 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 malattia acuta
- Riattivazione sotto sorveglianza medica dopo trauma
- Valutazione e terapia di una malattia sotto sorveglianza medica
- Altro, specificare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Grado di dipendenza:

- Autosufficiente
- Parzialmente dipendente
- Dipendente

### Mobilità:

- Deambulazione assistita
- Deambulazione libera
- Allettato
- 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

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 curante  
inviante:

\_\_\_\_\_ Data compilazione: \_\_\_\_\_

Di regola sono ammessi per soggiorni STT pazienti in età AVS (64 anni per le donne e 65 per gli uomini).  
La durata del soggiorno è al massimo di 28 giorni.

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

Ammesso,  
decisione del

- SI  
 NO

Visto medico: \_\_\_\_\_

Visto resp. ammissioni: \_\_\_\_\_

Riservato alla direzione