



Anagrafica

Proposta di Ricovero

Cognome/Nome		Data e Luogo di nascita	
Indirizzo e telefono		C.F.	

Diagnosi principale alla dimissione ospedaliera o diagnosi del Medico Curante:

Ospedale di provenienza : _____
 Reparto di provenienza : _____

Codice disciplina : 75 28 56 II livello 56 I livello DH Amb RRF C.A.V.S RSA Domicilio

Descrizione dettagliata di eventuali affezioni concomitanti :

Natura della disabilità per cui necessita di eventuale trattamento riabilitativo :

		Terapia in atto	
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora
Farmaco		Q.tà	Ora

Altro : _____

Eventuale terapia oncologica

Condizioni attuali

Peso corporeo _____ Altezza _____ Press.Arteriosa _____

	SI	Parz.	NO		SI	NO
Cura di se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stato comatoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo del tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità a letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paraplegico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità nei trasferimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetraplegico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cammino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emiparetico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carico concesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collabor./partecipaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Igiene autonoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toll. Tratt. Riab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentazione autonoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro:				Altro:		

N.B La scheda deve essere compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di reparto dove il/la paziente ricoverato . Altre composizioni non saranno ritenute valide ai fini di un ricovero in questa struttura . Il/La paziente all'atto del ricovero deve essere munito/a di impegnativa (NRE) se in regime convenzionato , documento d'identità , codice fiscale o tessera sanitaria e degli effetti personali .L'ufficio ricoveri resta a disposizione per fornire ogni indicazione circa le modalità e condizioni per i ricoveri in regime di assistenza indiretta a come paganti in proprio.
DOCUMENTO COMPILABILE ANCHE IN FORMATO DIGITALE , AMMESSA LA FIRMA DIGITALE QUALIFICATA ALTRIMENTI DEVE ESSERE STAMPATO E FIRMATO AMANUENSE.



Trofismo cutaneo ed eventuali piaghe da decubito con indicazione precisa della sede e dell'estensione

Interventi chirurgici eventualmente praticati con indicazione della natura dell'intervento e del Reparto Operatorio

Pregressi Ricoveri

Ospedale _____ dal _____ al _____
Ospedale _____ dal _____ al _____
Ospedale _____ dal _____ al _____

Ultimi esami strumentali eseguiti / visite

Esame /visita _____ il _____
Esame /visita _____ il _____
Esame /visita _____ il _____

Esami ematochimici

VES _____ GLICEMIA _____ AZOTEMIA _____ CREATININA _____ SODIO _____
POTASSIO _____ Q.Proteico Elettroforetico _____ SGOT _____ SGPT _____
Gamma GT _____ Colesterolo _____ Colesterolo HDL _____ Trigliceridi _____

Esame urine completo _____

Eventuali markers oncologici _____

Progetto assistenziale in essere _____

Operatore di riferimento _____

Telefono di riferimento _____

Bisogni clinico-internistici	<input type="checkbox"/> Elevati	<input type="checkbox"/> Medi	<input type="checkbox"/> Bassi
Bisogni assistenziali:	<input type="checkbox"/> Elevati	<input type="checkbox"/> Medi	<input type="checkbox"/> Bassi
Bisogni riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Elevati	<input type="checkbox"/> Medi	<input type="checkbox"/> Bassi

Si prega di fornire all'atto dell'ingresso tutta la documentazione clinica relativa alla patologia del/la paziente (in particolare RX-TAC -RNM -ECG -Esami di laboratorio , copia cartelle cliniche precedenti , ecc.)

In fede

Data _____

Medico _____

Firma e timbro del Medico

Il/La sottoscritto/a _____

Residente in _____

In qualita di _____

Del/la Paziente _____

Dichiara di essere in grado di assicurare il trasferimento del/la paziente al proprio domicilio o presso altra idonea struttura , all'atto della dimissione stabilita dai sanitari della Casa di Cura , o qualora le condizioni del/la Paziente risultassero non corrispondenti a quelle segnalate nella presente proposta .

N.B La scheda deve essere compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di reparto dove il/la paziente ricoverato . Altre composizioni non saranno ritenute valide ai fini di un ricovero in questa struttura . Il/La paziente all'atto del ricovero deve essere munito/a di impegnativa (NRE) se in regime convenzionato , documento d'identità , codice fiscale o tessera sanitaria e degli effetti personali .L'ufficio ricoveri resta a disposizione per fornire ogni indicazione circa le modalità e condizioni per i ricoveri in regime di assistenza indiretta a come paganti in proprio.

DOCUMENTO COMPILABILE ANCHE IN FORMATO DIGITALE , AMMESSA LA FIRMA DIGITALE QUALIFICATA ALTRIMENTI DEVE ESSERE STAMPATO E FIRMATO AMANUENSE.

INFORMATIVA E LA MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi degli artt. 12 e 13 del Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, e del D.lgs. 196/2003, per quanto residualmente applicabile, nell'ambito delle prestazioni sanitarie e servizi collegati svolte dalla società VILLA GRAZIA SRL

1. Identità e dati di contatto del Titolare del Trattamento

Il Titolare del Trattamento dei Suoi dati personali è VILLA GRAZIA S.R.L. con sede legale in San Carlo C.se (TO) - 10070- Strada Poligono n. 2 tel. 0119208566 - 9208565 - fax 0119208608 - mail: ricoveri@villagrazia.org

2. Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della Protezione Dati è l'Avvocato Tiziana Caligiuri del Foro di Torino, con studio in Torino, Via XX Settembre n.51

Dati di contatto : tel. 011/5805192, fax 011/5069821, pec: tizianacaligiuri@pec.ordineavvocatorino.it e-mail : tcaligiuri@avv-cati.it

3. Finalità del trattamento legate ai Suoi dati personali

Il trattamento dei Suoi dati personali da parte di VILLA GRAZIA S.R.L. avverrà per finalità di gestione delle prestazioni sanitarie e degli eventuali servizi collegati. Più nello specifico, il trattamento potrà essere svolto per:

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie da Lei richieste e degli eventuali servizi collegati (a titolo esemplificativo la gestione delle prenotazioni, l'erogazione delle prestazioni sanitarie e l'invio dei relativi referti);
- l'ottemperanza a specifici obblighi di legge connessi alla gestione delle prestazioni sanitarie (a titolo esemplificativo verso Enti territoriali ed assistenziali competenti);
- la gestione dell'eventuale contenzioso sia giudiziale che extra-giudiziale e dell'eventuale fase ad esso antecedente.

4. Finalità del trattamento legate a Sue categorie di dati particolari Per quanto riguarda i Suoi dati particolari, quali a titolo esemplificativo quelli relativi al Suo stato di salute, conformemente a quanto previsto dall'art. 9 del Regolamento, il trattamento potrà essere svolto in quanto:

- l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche, salvo nei casi in cui il diritto dell'Unione o degli Stati membri dispone che l'interessato non possa revocare il divieto di cui al paragrafo 1;
- il trattamento è necessario per la gestione dei sistemi e servizi sanitari sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri.

5. Base giuridica del trattamento

La base giuridica del trattamento è costituita da:

* art. 6, lettere b) e c) del Regolamento: (b. il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso; c. il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento);

* art. 9, lettere a) del Regolamento: l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche, salvo nei casi in cui il diritto dell'Unione o degli Stati membri dispone che l'interessato non possa revocare il divieto di cui al paragrafo 1

6. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali è svolto con l'ausilio di mezzi elettronici e/o mezzi cartacei e si realizza esclusivamente attraverso le fasi di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, classificazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

7. Categorie di destinatari dei dati personali

I dati da Lei forniti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati pertinenti alle finalità di cui sopra.

La comunicazione dei dati personali è effettuata in base agli obblighi previsti dalla legge, nonché da specifiche deleghe conferite dagli interessati (ad esempio per la consegna dei referti). In relazione a ciò, i Suoi dati personali sono comunicati agli Enti territoriali competenti e ad eventuali altri enti che possano farne richiesta, sempre nei limiti di quanto previsto dalla normativa.

I Suoi dati potranno inoltre essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti Responsabili del trattamento:

Società informatiche fornitrici di software gestionali utilizzati da VILLA GRAZIA S.R.L.

Laboratorio di analisi per finalità strettamente legate alla gestione delle prestazioni sanitarie da Lei richieste e dagli eventuali servizi collegati,

Casse, mutue, fondi, assicurazioni che forniscono la copertura assicurativa delle prestazioni erogate.

Possono eventualmente essere comunicati all'assicurazione di VILLA GRAZIA S.R.L. nella sola ipotesi di responsabilità per danni cagionati all'interessato.

Consulenti e manutentori incaricati da VILLA GRAZIA S.R.L. possono venire a contatto con i dati personali dei pazienti, nell'esecuzione del proprio lavoro. Tutto il personale sanitario e amministrativo operante nella struttura.

Resta fermo, infine, l'obbligo di VILLA GRAZIA S.R.L. di comunicare i dati all'Autorità Giudiziaria, ogni qual volta venga inoltrata specifica richiesta al riguardo.

8. Conservazione dei dati

La conservazione dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto delle misure di sicurezza adottate da VILLA GRAZIA S.R.L. in materia di protezione dei dati, e l'accesso ai medesimi sarà consentito soltanto al personale coinvolto e debitamente designato al trattamento dei dati medesimi.

Conserviamo le informazioni personali oggetto della presente informativa per il tempo (i) necessario al relativo scopo, (ii) necessario all'espletamento della prestazione sanitaria da Lei richiesta e degli eventuali servizi ad essa collegati, (iii) accettato dall'interessato e/o (iv) richiesto dalle leggi applicabili in materia. I Suoi dati saranno conservati comunque fino al termine di prescrizione dei diritti derivanti dalla prestazione sanitaria da Lei richiesta e dagli eventuali servizi ad essa collegati.

9. Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 13, lettera b) e dagli artt. 15, 16, 17, 18 e 20 del Regolamento rivolgendosi al Titolare del Trattamento ai

dati di contatto di cui al punto 2 della presente informativa.

In particolare, in qualità di interessato, Lei potrà richiedere, rivolgendosi al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai dati personali che la riguardano, secondo quanto previsto dall'art. 15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali che la riguardano, secondo quanto previsto dall'art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati personali che la riguardano (diritto all'oblio), secondo quanto previsto dall'art. 17 del Regolamento;
- la limitazione al trattamento dei dati personali che la riguardano, secondo quanto previsto all'art. 18 del Regolamento.

N.B La scheda deve essere compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di reparto dove il/la paziente ricoverato. Altre composizioni non saranno ritenute valide ai fini di un ricovero in questa struttura. Il/La paziente all'atto del ricovero deve essere munito/a di impegnativa (NRE) se in regime convenzionato, documento d'identità, codice fiscale o tessera sanitaria e degli effetti personali. L'ufficio ricoveri resta a disposizione per fornire ogni indicazione circa le modalità e condizioni per i ricoveri in regime di assistenza indiretta a come paganti in proprio.

DOCUMENTO COMPILABILE ANCHE IN FORMATO DIGITALE, AMMESSA LA FIRMA DIGITALE QUALIFICATA ALTRIMENTI DEVE ESSERE STAMPATO E FIRMATO AMANUENSE.



La informiamo, infine, che potrà opporsi al trattamento dei dati in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento, nel caso in cui ricorra una delle situazioni previste all'art. 6, paragrafo 1, lettere e) e f) del medesimo Regolamento.

10. Reclamo all'Autorità di Controllo

Infine, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le ricordiamo che Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante per la Protezione dei dati personali), nel caso in cui ritenga che il trattamento che la riguarda violi le disposizioni del Regolamento medesimo.

11. Natura del trattamento ed obbligatorietà del conferimento dei dati

Molti dei dati che Le vengono chiesti sono necessari (anche in esecuzione di obblighi derivanti da norme giuridiche) all'erogazione delle prestazioni sanitarie da Lei richieste e dai servizi eventualmente collegati. In taluni casi, il mancato conferimento di essi potrà determinare la mancata erogazione delle relative prestazioni.

12. Esistenza di processi decisionali automatizzati nel trattamento

Si specifica che per il trattamento dei dati di cui sopra NON è presente nessun tipo di processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, ai sensi dell'articolo 22 del Regolamento.

Il Titolare del Trattamento

N.B La scheda deve essere compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di reparto dove il/la paziente ricoverato . Altre composizioni non saranno ritenute valide ai fini di un ricovero in questa struttura . Il/La paziente all'atto del ricovero deve essere munito/a di impegnativa (NRE) se in regime convenzionato , documento d'identità , codice fiscale o tessera sanitaria e degli effetti personali .L'ufficio ricoveri resta a disposizione per fornire ogni indicazione circa le modalità e condizioni per i ricoveri in regime di assistenza indiretta a come paganti in proprio.

DOCUMENTO COMPILABILE ANCHE IN FORMATO DIGITALE , AMMESSA LA FIRMA DIGITALE QUALIFICATA ALTRIMENTI DEVE ESSERE STAMPATO E FIRMATO AMANUENSE.