



FONDAZIONE  
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

Sportello Unico ☎ 0372.620266

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO  
ALZHEIMER DELL'ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

domicilio presso \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

di poter essere accolto/a al Centro Diurno Integrato Alzheimer di Sospiro.

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_  
(DA COMPILARE DA PARTE DEL FAMILIARE)

\_\_\_\_\_



FONDAZIONE  
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO AL CENTRODIURNO INTEGRATO  
ALZHEIMER DELL'ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

- Diagnosi di:
- Malattia di Alzheimer
  - Altra demenza
  - Decadimento cognitivo di natura da determinare

Diagnosi formulata nell'anno  
di cui si allega certificato: \_\_\_\_\_

Si prega di allegare inoltre i test MMSE e Indice di Barthel.

Il malato è in grado di camminare: SI  NO

Il malato ha alcuni dei seguenti disturbi del comportamento:

	Mai	Qualche volta	Sempre
Deliri/Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendenza alle "fughe"/vagabondaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insonnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATA

TIMBRO E FIRMA

\_\_\_\_\_  
(DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE)



FONDAZIONE  
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

## SCHEMA DI VALUTAZIONE SOCIALE

**Signor/a** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **in via** \_\_\_\_\_

- Età :**
- 55 anni o meno
  - 56-70 anni
  - 71-79 anni
  - 80 anni o più

- Condizioni di vita**
- Coniuge o famigliari in età lavorativa
  - Coniuge o famigliari in età non lavorativa
  - Solo con il sostegno dei servizi

- Totalmente a carico della famiglia
- A carico della famiglia e assistente familiare
- Totalmente a carico dell'assistente familiare

- Assistenza Diurna
- Assistenza Notturna
- Assistenza Diurna e Notturna