



Scheda biografica per proposta di ricovero

MOD_SPR

Vers.06

Pag. 1/3

Centro di Sanità S.p.A. Largo Nicola Berloco, 1 00010 Fonte Nuova (RM) Tel. 06/90017 06/90017.105 - 416

Alla c.a. del dott. _____

(N° fax 06/905.905.5)

Dati anagrafici del Paziente:

Cognome e nome _____ SESSO M F

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Residente in _____ Via _____ Tel. _____

Riabilitazione: Neurologica Ortopedica Cardiologica Respiratoria

PROCEDURE DI RICOVERO

Ospedale o Casa di Cura	Data di accettazione:	Data di dimissione:	Diagnosi:

Motivo della richiesta di ricovero: _____

DATA DI INTERVENTO: ____/____/____

Complicanze post-operatorie: _____

ANAMNESI FISIOLÓGICA

1. Capacità di alimentarsi autonomamente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. Controllo della minzione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Catetere vescicole a permanenza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Controllo dell'alvo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Presenza di cannule tracheale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA

Lesioni ripetitive ossee	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Distrofie cutanee	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Decubito	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sede	_____	
		Estensione	_____	
		Profondità	_____	
Malattie dell'apparato scheletrico e muscolare				
Deambulazione autonoma				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato respiratorio				
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio				



Scheda biografica per proposta di ricovero

MOD_SPR

Vers.06

Pag. 2/3

Centro di Sanità S.p.A. Largo Nicola Berloco, 1 00010 Fonte Nuova (RM) Tel. 06/90017 06/90017.105 - 416

Classe funzionale NYHA	
Stabilizzazione clinica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Frequenza cardiaca a riposo	PAS: _____ PAD: _____
Arteriopatie periferiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato digerente	

Malattie dell'apparato uro-genitale	

Malattie metaboliche: Diabete	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Altre: _____	
Malattie del sistema nervoso:	

Disturbi di carattere psichico di rilievo:	

Terapia in atto (Specificare farmaci): _____

L'ammissione del paziente è subordinata al parere del Medico di accettazione ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. n. 128 del 27 marzo 1969. Per il necessario avvicendamento dei ricoveri, al termine della terapia, il paziente, su parere dei Sanitari, dovrà tornare al proprio domicilio ovvero ad altro Presidio Ospedaliero ovvero Istituto per lungodegenza ovvero R.S.A.

La firma di questa richiesta impegna il Paziente ed i Suoi familiari a rispettare le decisioni dei Sanitari concernenti le modalità ed i tempi di dimissione.

Firma del Familiare: _____

N° tel. e fax del Medico: _____

Firma del Medico: _____

Dichiarazione di responsabilità
(Delibera della Regione Lazio n. 143 del 22/03/2006)

Il sottoscritto _____
dichiara sotto la propria responsabilità di non aver subito precedenti ricoveri in riabilitazione per la patologia in atto.

Data ____/____/_____

Firma _____

Centro di Sanità S.p.A. Largo Nicola Berloco, 1 00010 Fonte Nuova (RM) Tel. 06/90017 06/90017.105 - 416

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO N. 196/2003

Gentile Utente,

in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 in materia di "Protezione dei dati personali" (d'ora innanzi: il "Decreto"), desideriamo informarla che i Suoi dati personali sono/saranno:

- raccolti direttamente presso di Lei o presso le altre strutture sanitarie di provenienza;
- trattati dalla Casa di Cura Nomentana Hospital per le seguenti finalità:
 - registrazione pazienti e gestione amministrativa,
 - diagnosi, cura e terapia pazienti.
- trattati nel rispetto delle norme vigenti, a mezzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
- destinati a circolare nel territorio italiano; inoltre, non sono diffusi;
- comunicati – se "comuni" – a:
 - organismi sanitari, personale medico, personale non medico e servizi socio - sanitari;
 - enti previdenziali ed assistenziali;
 - amministrazioni pubbliche, per l'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria, nel quale caso l'art. 24 del Decreto non richiede il consenso alla comunicazione;
 - consulenti dell'Azienda incaricati dello svolgimento di attività legali e/o fiscali;
 - imprese di assicurazione.

L'eventuale diniego di consenso alle menzionate comunicazioni (eccettuata la prima ipotesi di comunicazione) avrebbe come conseguenza quella di permettere alla Casa di Cura solo il compimento delle operazioni che non prevedono dette comunicazioni.

Può accadere che, in relazione a specifiche attività connesse alle finalità cd. necessarie, la Casa di Cura raccolga Suoi dati che il Decreto definisce "sensibili", perché da essi possono desumersi informazioni sulla Sua origine razziale e sul suo stato di salute. Inoltre, la Casa di Cura potrebbe comunicare detti dati ai soggetti di cui al punto precedente.

In mancanza del Suo consenso scritto al trattamento dei dati sensibili, la Casa di Cura potrà compiere solo quelle attività che non implicano il trattamento degli stessi, mentre l'eventuale diniego di consenso scritto alle predette comunicazioni avrebbe come conseguenza quella di permettere alla Casa di Cura solo il compimento delle operazioni che non prevedono dette comunicazioni.

In mancanza del Suo consenso scritto al trattamento e alla comunicazione dei dati sensibili, l'Azienda potrà compiere solo quelle attività che non implicano il trattamento e/o la comunicazione degli stessi. In relazione ai Suoi dati personali, La informiamo, inoltre, che ai sensi dell'art. 7 del Decreto, Le conferisce i seguenti diritti:

- a) conoscere l'esistenza dei trattamenti di dati che possono riguardarla, mediante accesso gratuito al registro tenuto dall'Ufficio del Garante;
- b) conoscere il nome/denominazione/ragione sociale e il domicilio/residenza/sede del Titolare e del Responsabile del trattamento, le finalità del trattamento;
- c) ottenere, senza ritardo, a cura del Titolare o del Responsabile la conferma dell'esistenza o meno di dati personali, la comunicazione dei dati, della loro origine, delle finalità e modalità del trattamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché la rettificazione e l'integrazione dei dati, l'attestazione che le menzionate operazioni siano portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi;
- d) opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento di Dati personali che lo riguardano;
- e) opporsi, in tutto o in parte, al trattamento di dati previsto a fini di informazione pubblicitaria o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva.

Lei comunque potrà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 8, 9, e 10 del Decreto, nelle forme, nei modi e nei limiti in essi previsti.

Titolare del trattamento dei Dati è la Società Centro di Sanità S.p.A., con sede in Fonte Nuova (RM), Largo Nicola Berloco 1, in persona del Legale Rappresentante Sig. Alberto Peretti.

Responsabile del trattamento per la Casa di Cura è il Prof. Dott. Giovanni Macchia in qualità di Direttore Sanitario, domiciliato per la carica presso la sede del Titolare.

La Società Centro di Sanità S.p.A. può, altresì, nominare responsabili dipendenti, collaboratori esterni per l'archiviazione e la conservazione dei dati, nonché medici liberi professionisti che operano al Suo interno.

L'elenco aggiornato dei responsabili è disponibile presso la sede della Società.

ATTESTAZIONE DI CONSENSO

Il/la Sig./Sig.ra ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. lgs 196/03 presta il proprio consenso affinché la Società Centro di Sanità S.p.A. effettui il trattamento dei dati personali comuni e sensibili e le comunicazioni ai soggetti e per le finalità indicati nella predetta informativa;

(Firma del paziente)
