

MODULO UNICO RICHIESTA RICOVERO IN HOSPICE

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Sesso: M F Stato civile _____

Residente: Città _____ Via _____ n° _____

Domicilio (se diverso da residenza): _____

Telefono / Cellulare : _____

Familiare / Care-giver (Cognome e Nome, tipo di rapporto con il paziente, contatto)

1. _____ 2. _____

Segnalato da:

MMG Dott. _____ Cell. _____ e-mail _____

Medico Ospedaliero Dott. _____ UNITA' OPERATIVA _____
TELEFONO _____ e-mail _____

Altro _____ Cell. _____ e-mail _____

Diagnosi principale (se oncologica, eventuali localizzazioni secondarie)

Problemi clinici aperti

Note clinico-assistenziali (presidi e ausili, NPT, SNG, PEG, NIMV, CVC, stomie, pompe infusive, ecc.)

Motivo della richiesta

Fine vita (se Sì, mortalità prevista entro 72 ore? Sì No)

Sintomi NON controllati, specificare _____

Ricovero Sollievo familiare Temporaneo (in progetto di fine vita) _____

Grado di consapevolezza diagnosi

a. Persona assistita

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Consapevole della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Conosce la diagnosi, ma ignora la prognosi

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

b. Familiari

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Consapevoli della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Conoscono la diagnosi, ma ignorano la prognosi

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Data _____

Firma _____

Inviare la presente richiesta, possibilmente allegando documentazione clinica, ai seguenti recapiti:

e-mail: lista.hospice@asst-lodi.it

Fax: 0371/372809

Rete Locale Cure Palliative Milano Est

Sportello informativo Via Fissiraga 15, Lodi - Telefono 0371/376210



Egr. Signore/Gent.ma Signora

Melegnano li __/__/__

Vi informiamo che i dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) che Ci fornirete saranno trattati con strumenti manuali, strumenti automatizzati, e comunque in conformità a quanto previsto, anche in termini di sicurezza dei dati, dal regolamento UE 679/2016 ai fini dell'assolvimento dei compiti affidatici, al fine di fornirvi le informazioni da Voi richieste e/o per adempiere a specifici obblighi di legge in capo al titolare del trattamento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma un Vs. rifiuto ci impedirà di proseguire nel rapporto o di adempiere a Vostre specifiche richieste.

Nel dettaglio i Vostri dati sono legati alla nostra attività specifica di "Gestione delle richieste di ricovero, di assistenza domiciliare e di gestione dei servizi connessi al ricovero o all'assistenza domiciliare ove concessi". L'interessato ha il diritto di comunicare le variazioni/integrazioni dei dati personali. Non è prevista, salvo apposito e specifico consenso, alcuna attività di marketing massivo.

La conservazione dei dati (la cui durata è prevista nei termini legali previsti per le cartelle cliniche e/o fascicoli FASAS), rispetta gli obblighi di legge o è legata ad esigenze di specifici trattamenti di cui siete parte, è vostro diritto richiedere la cancellazione dei dati quando lo stesso diritto non sia in contrapposizione con obblighi di legge. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione.

I Vs. dati verranno comunicati agli incaricati della scrivente necessari allo svolgimento dei compiti affidatici, ad organismi di controllo e pubblica sicurezza se richiesti, ad eventuali terze parti solo in conseguenza di utilizzo delle stesse per l'assolvimento dei compiti affidatici.

Lei ha diritto di ottenere dal titolare la cancellazione, la limitazione, l'aggiornamento, la portabilità, l'opposizione al trattamento dei dati personali che la riguardano nonché in generale i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. Eu. 679/2016

Non è previsto il trasferimento di Vostri dati all'estero da parte della scrivente ma eventuali terzi coinvolti nel trattamento potrebbero avvalersi di tale possibilità.

**Titolare del trattamento:
Fondazione Castellini Onlus
Via Cavour 21 – Melegnano (MI)
Responsabile della Protezione dei Dati dott.ssa Anna Rita De Paola
indirizzo e-mail: rpd@fondazionecastellini.it**

CONSENSO

Do

Non do

Il consenso affinché i miei dati vengano trattati dalla scrivente ai fini dell'inserimento nella liste di attesa o altre attività da svilupparsi secondo i modi e gli scopi indicati nell'informativa su esposta o per adempiere a specifiche vostre richieste; tale consenso NON E' PREVISTO in quanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettera b, il trattamento si intende lecito, è richiesto a maggior tutela dei diritti dell'interessato in quanto vengo richiesti anche dati di cui all'art. 9.

Una revoca o una non concessione del consenso implica un'impossibilità a proseguire il rapporto.

Come previsto dall'art. 14 del Reg. U.E. 679/2016 Dichiaro che fornirò copia della presente informativa ai soggetti dei quali Vi comunicherò dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) da me raccolti allo scopo esclusivo di consentire l'esecuzione di quanto illustrato nella presente informativa ove io sia parte in causa.

Firma dell'interessato