

SCHEDA  
SOCIO – ANAGRAFICA

N. \_\_\_\_\_  
DEL \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ G. \_\_\_\_\_ M. \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Paternità: \_\_\_\_\_ Maternità: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_ N. figli: \_\_\_\_\_

Convivenza:

Situazione familiare: \_\_\_\_\_

Persona che presenta la richiesta:

Titolo di studio:

Lavoro svolto:

Pensionato:  si  no      tipo di pensione: \_\_\_\_\_  
Invalido civile:  si  no      \_\_\_\_\_  
Indennità di accompagnamento:  si  no      \_\_\_\_\_

Pagamento  
retta: \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria N. | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Esenz. Ticket. N.  Reddito

Codice Fiscale N. | |\_|\_|\_|\_|\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|  Autocert.  Inv. Civ.

Servizi Socio – Sanitari finora utilizzati:

Assistenza domiciliare       L.R. 28/91       Telesoccorso – Telecontrollo

Motivi di ingresso:

Chiede l'accoglienza:

—

Data di Ingresso:

Considerazioni dell' U.O.I.  
Sfavorevole

favorevole

Dell'Assistente Sociale:

Del Medico:

Del Direttore amministrativo:

Del Coordinatore U.L.S.S.:

## ABITAZIONE:

Situazione alloggiativa:  Proprietà  Affitto   
Usufrutto

Dislocazione:  casa isolata  centro con servizi  centro senza servizi

Riscaldamento:  assente  parziale  totale

Barriere architettoniche:  si  no  quali

Servizi igienici:  assenti  esterni  bagno/doccia  acqua calda

## ABITUDINI DI VITA

### 1. Attività e impiego del tempo

Si alza alle ore \_\_\_\_\_, va a dormire alle ore \_\_\_\_\_

riposa il pomeriggio

riposa la notte

esce uno o più giorni la settimana

ha degli hobby \_\_\_\_\_

passa la maggior parte del tempo da solo o alla TV

NOTE: \_\_\_\_\_

### 2. Abitudini alimentari

mangia tra i pasti

beve alcolici

abitudini voluttuarie (fumo o altro)

NOTE: \_\_\_\_\_

### 3. Abitudini comportamentali

resta in pigiama la maggior parte del giorno

si occupa dell'igiene personale

si occupa del proprio abbigliamento

si occupa della propria alimentazione

va al bagno di notte

NOTE: \_\_\_\_\_

### 4. Comportamenti di relazione

presenta disturbi dell'umore

si vede con parenti/amici/vicini:

quotidianamente

settimanalmente

partecipa a funzioni religiose

compagnia di animali domestici

frequenta gruppi e/o associazioni