

FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA

Istituto Geriatrico e Riabilitativo ONLUS



ALLEGATI

CARTA DEI SERVIZI TERRITORIALI



Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona
Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus

MODULO RECLAMI - ENCOMI

Mod. 17.11
Rev. 0

- Disfunzione Suggerimento Reclamo Encomio scritto posta/email
 verbale di persona telefono

Del
Sig./Sig.ra _____

abitante a _____ Telefono _____

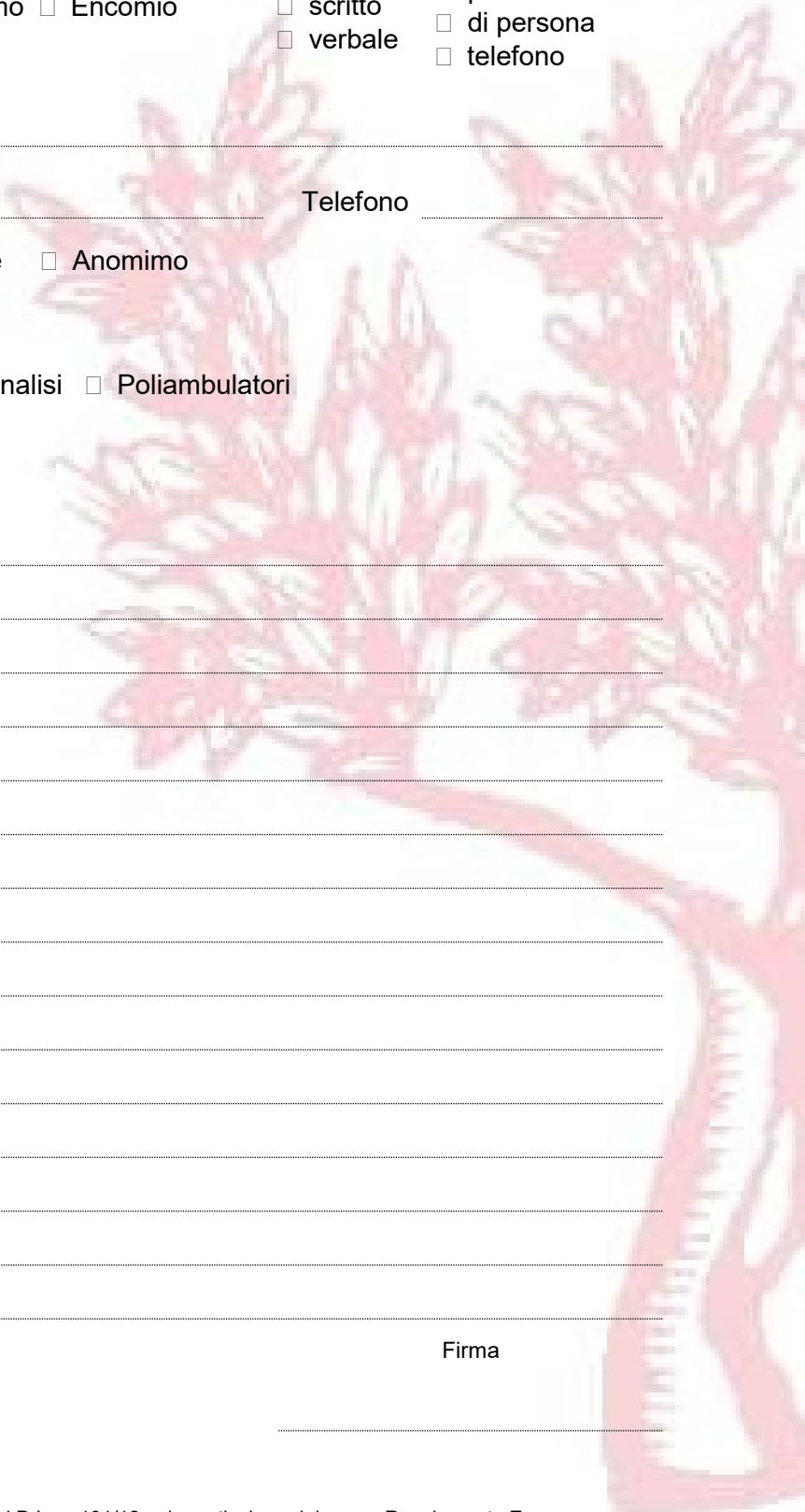
- ospite Familiare Associazione Anonimo
- RSA Cure Intermedie CDI
- Servizio di Fisioterapia Laboratorio analisi Poliambulatori

Oggetto della segnalazione:

Firma

Data _____

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n. 196 così come modificato dal D.Lgs. 101/18 e, in particolare, del nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016, si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo



(compilazione a cura dell'URP)

N. progressivo Codice.....

Ricevuto il direttamente tramite urna telefonicamente email
da

Trasmesso a: Direzione Sanitaria
 Direzione Amministrativa
Data Altro
.....

Azioni intraprese

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma

Data

Chiusura reclamo

Tipo di risposta:

.....

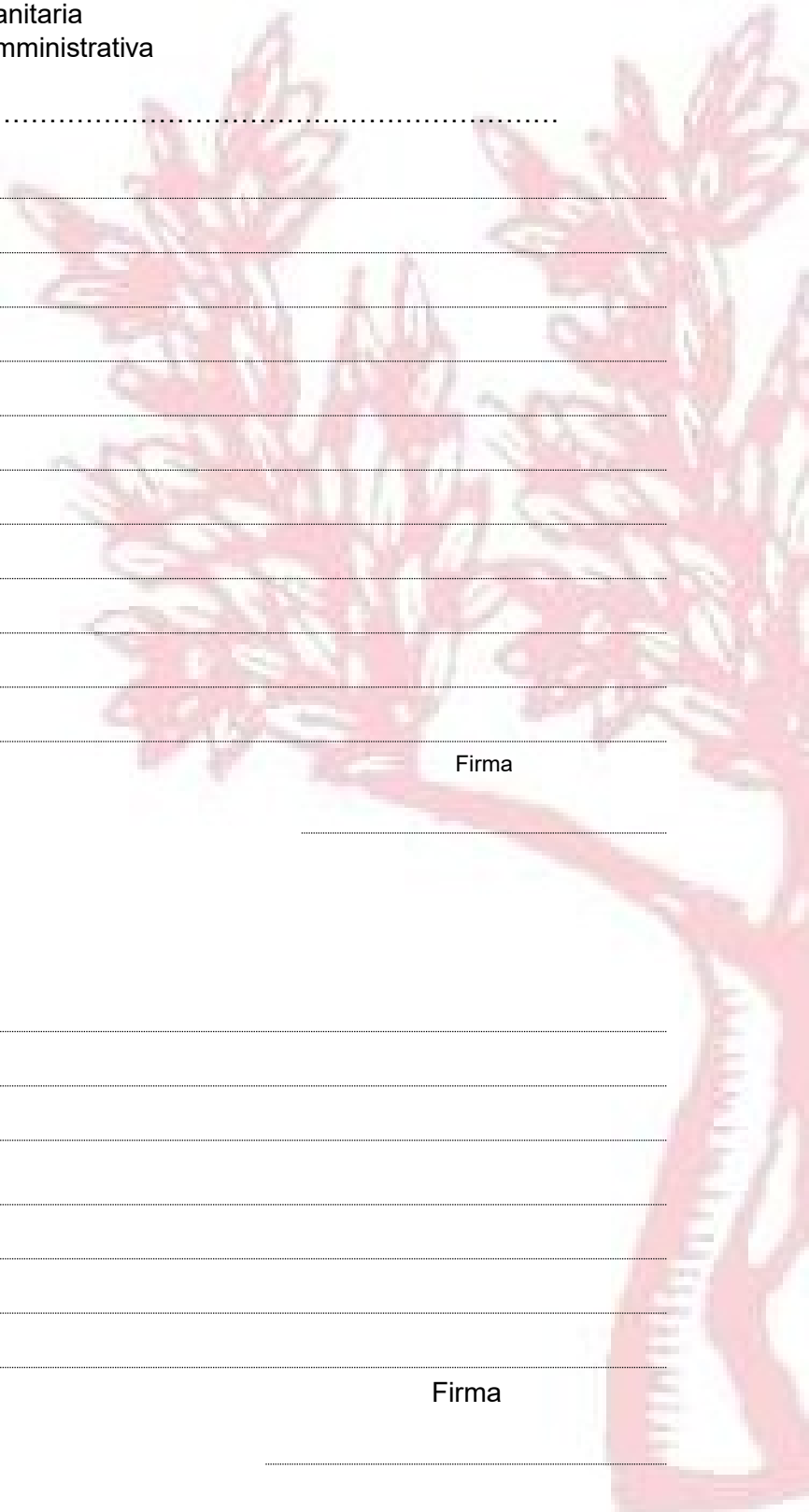
Motivi mancata
risoluzione:

.....

.....

Firma

Data



Il questionario che Vi chiediamo di compilare ha lo scopo di farci capire il Vostro grado di soddisfazione per il servizio. Le risposte ci condurranno a valutare gli aspetti più meritevoli di essere rinforzati e mantenuti vivi e gli aspetti che necessitano di essere migliorati.

RingraziandoVi per la collaborazione, precisiamo che la scheda è rivolta ai fruitori. Il questionario può essere pertanto compilato dall'ospite con l'aiuto del familiare. Il questionario non va firmato ma solamente reinserito nella busta allegata.

IL DIRETTORE SANITARIO

Utente familiare/caregiver

Tipologia di servizio ricevuto: Infermieristico Fisioterapico Assistenziale

					
	Molto soddisfatto	soddisfatto	accettabile	Non soddisfatto	Non so
ACCOGLIENZA					
1. Ritiene che le informazioni ricevute dagli uffici della Fondazione siano complete ed esaustive?					
2. Come valuta il grado di riservatezza mantenuto dal personale nei suoi confronti?					
ASSISTENZA					
3. Come valuta nel complesso la qualità del servizio erogato					
4. Come valuta la professionalità del/degli operatori intervenuti					
5. Come valuta la cortesia e la capacità di ascolto del/degli operatori intervenuti					
6. Come valuta l'utilità del servizio per l'utente e per il familiare/caregiver					
GIORNATA/ORGANIZZAZIONE					
7. Come valuta la tempestività delle risposte alle vostre richieste					
8. Pensate, in caso di necessità, di richiedere ancora il servizio della Fondazione?					

Data di compilazione



Il questionario che Vi chiediamo di compilare ha lo scopo di farci capire il Vostro grado di soddisfazione per il servizio. Le risposte ci condurranno a valutare gli aspetti più meritevoli di essere rinforzati e mantenuti vivi e gli aspetti che necessitano di essere migliorati.

RingraziandoVi per la collaborazione, precisiamo che la scheda è rivolta ai fruitori. Il questionario può essere pertanto compilato dall'ospite con l'aiuto del familiare. Il questionario non va firmato ma solamente reinserito nella busta allegata.

IL DIRETTORE SANITARIO

Utente familiare/caregiver

Tipologia di servizio ricevuto: Infermieristico Fisioterapico Assistenziale altro.....

					
	Molto soddisfatto	soddisfatto	accettabile	Non soddisfatto	Non so
ACCOGLIENZA					
9. Ritiene che le informazioni ricevute dagli uffici della Fondazione siano complete ed esaustive?					
10. Come valuta il grado di riservatezza mantenuto dal personale nei sui confronti?					
ASSISTENZA					
11. Come valuta nel complesso la qualità del servizio erogato					
12. Come valuta la professionalità del/degli operatori intervenuti					
13. Come valuta la cortesia e la capacità di ascolto del/degli operatori intervenuti					
14. Come valuta l'utilità del servizio per l'utente e per il familiare/caregiver					
GIORNATA/ORGANIZZAZIONE					
15. Come valuta la tempestività delle risposte alle vostre richieste					
16. Pensate, in caso di necessità, di richiedere ancora il servizio della Fondazione?					

Osservazioni e suggerimenti

Data di compilazione



FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS

Viale Grasselli Barni 47 26037 San Giovanni in Croce – Cremona
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053 - C.F./P.I. 00296100191

www.ospedalearagona.org - direzioneamministrativa@ospedalearagona.org
direzionegenerale@pec.ospedalearagona.org direzionesanitaria@pec.ospedalearagona.org

CONSENSO DATI PERSONALI UTENTI

La informiamo che, ai sensi del **Codice privacy - D.Lgs 196/03 e s.m.i** e il nuovo Regolamento UE 2016/679 (**GDPR**), per poter dar corso all'assistenza de:

il/la sig./ra _____

questa amministrazione necessita di conoscere i dati personali e sulla salute del ricoverato ed anche i dati personali riguardante i famigliari o persone cui fare riferimento per la tutela dell'interessato al ricovero.

I dati personali da Lei forniti a questo ente, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ma ricordiamo che l'ente non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite, tutti i dati relativi alla persona dell'assistito, ritenuti utili ai fini assistenziali. **In mancanza del conferimento di dati, l'ente non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi.**

Per i dati necessari e sufficienti, sarà fatta **comunicazione** di esse all'interno dell'Ente a tutto il personale incaricato, ed all'esterno dell'ente, a:

1. ATS, ASST, Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
2. Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
3. Aziende informatiche coinvolte nel progetto CRS-SISS.

Per ulteriori garanzie, La informiamo che:

4. tutto il personale è stato formato ed informato al rispetto del D.Lgs.196/03 e **s.m.i** e il Regolamento UE 2016/679 (**GDPR**)
5. in relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui alla D.Lgs.196/03 e **s.m.i** e il Regolamento UE 2016/679 (**GDPR**), tra cui in particolare, il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenerne la cancellazione quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporVi a trattamenti specifici;
6. Il Responsabile del trattamento dei dati sanitari è : **Dr.ssa Laura Sanfelici**

In particolare, ai sensi della 196/03 e **s.m.i** e il Regolamento UE 2016/679 (**GDPR**), che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta:

PER CONSENSO:

Il sottoscritto dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili ed in particolare di essere a conoscenza del fatto che con il consenso che presto a questa Struttura Sanitaria, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE.

Di essere a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al mio medico di base dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Firma _____ data _____

PER CONSENSO:

In caso in cui le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa e recepire un consenso diretto

il sottoscritto in qualità di:

1. Figlio	4. Tutore
2. Genitore	5. Curatore
3. Coniuge	Altro

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona assistita;

Firma _____ data _____ Mod. 07.34.06 Rev1 Consenso informato RSA Aperta



**FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS**

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce – Cremona
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053 - C.F./P.I. 00296100191

www.ospedearagona.org - direzionegenerale@ospedearagona.org
direzionegenerale@pec.ospedearagona.org direzione sanitaria@pec.ospedearagona.org

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Chiede copia della/e cartella/e cliniche dei ricoveri sotto elencati

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Reparto _____ dal _____ al _____

Delego al ritiro il/la sig./ra _____

(grado di parentela) _____ nato/a il _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____

Firma del richiedente

Recapito telefonico

Allegati :

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente**
- Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a**

TARIFFE PRIVATE

RSA Aperta Cure Domiciliari in regime privato

PRESTAZIONI MEDICHE

Valutazione multidimensionale con rilevazione parametri e predisposizione PAI € 100.00

HOLTER PRESSORIO € 70.00

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

PRELIEVO € 20.00

PRELIEVO TAO € 10.00

CONTROLLO PARAMETRI €15.00

INTRAMUSCOLO SOTTOCUTANEA € 10.00

ENDOVENA € 20.00

CURA DEL TRACHEIOSTOMA E CONTROLLO DELLA CANNA DEL TRACHEOTOMIZZATO € 35.00

STOMIE (CONTROLLO E ASSISTENZA) € 30.00

MEDICAZIONE SEMPLICE CON MATERIALE € 20.00

MEDICAZIONE COMPLESSA CON MATERIALE €30.00

BENDAGGIO ELATICO COMPRESSIVO € 30.00

POSIZIONAMENTO CATETERE VESCICALE, LAVAGGIO , ADDESTRAMENTO € 30.00

GESTIONE PIIC € 30.00

CLISMI € 15.00

SOLO CONSEGNA DI MATERIALE BIOLOGICO € 10.00

MONITORAGGIO E PREPARAZIONE TERAPIA € 20.00

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

IGIENE ASSISTITA € 35.00

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

RIABILITAZIONE MOTORIA/POST CHIRURGICA 45 MIN. € 30.00

RIABILITAZIONE POSTURALE 45 MIN. € 30.00

MASSOTERAPIA 30 MIN. € 30.00