

Questionario per le case di riposo o case di cura che accettano malati di
Alzheimer.

NOME: _____

INDIRIZZO: _____

TEL.: _____

FAX: _____

EMAIL: _____

Nome e qualifica del responsabile: _____

1. La struttura e' convenzionata? SI NO
retta giornaliera: completa _____
integrativa _____

2. La struttura e' autorizzata dalla Regione Lazio? SI NO

3. Ricovero: lunga degenza
temporaneo

4. Possibilità di ospitalità per familiari? SI NO

5. Specializzata in malattie neurologiche? SI NO

6a. Accoglie solo malati di Alzheimer? SI NO

6b. Se no in quale proporzione accoglie malati di Alzheimer? _____

1. Esiste un giardino? SI NO

8a. Esiste un servizio di fisioterapia o ginnastica riabilitativa? SI NO

8b. Se si con quale frequenza settimanale? _____

9a. Esistono altre terapie riabilitative? SI NO

9b. Se si quali?

12a. Il personale assistente è tutto qualificato? SI NO
12b. Se no in quale percentuale? _____

13. Quale è il rapporto tra assistenti e pazienti? _____

14. Quanti pazienti per camera? _____

15a. Esistono strutture per disabili? SI NO

15b. Se si quali? _____

16a. La visita dei familiari è libera? SI NO

16b. Se no con quale frequenza? _____

17. Quali sono le modalità per il ricovero? _____

18a. Accettate una visita da parte dell'Associazione Alzheimer Roma? SI NO

18b. Quali modalità per poterla realizzare? _____

ALTRE INFORMAZIONI UTILI: _____

