

**RICHIESTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO**

CENTRO DI RIABILITAZIONE  
Accreditato con SSN  
Delibera regionale n. U00040 del 15/02/2013

Via G. Pacchiarotti, 40/46 - 00139 Roma  
(ang. Via Maldacea)  
tel. 06 818.33.41 r.a.  
fax 06 886.27.62  
e.mail: ufficioprenotazioni@riabilitazionecar.it

**IN ACCREDITAMENTO** **PRIVATO** 

DATA

AMBULATORIALE  DOMICILIARE Adulti  Età Evolutiva (0 / 18 anni) **Cognome****Nome**F  M 

Luogo di nascita

Data di nascita

Residente in

Indirizzo

N.

CAP

tel casa

Municipio resid

ASL resid

cell

tel lavoro

e.mail

Domicilio *(se diverso da residenza)*

Indirizzo

N.

CAP

Invalidità civile: nessuna richiesta riconosciuta 

Patologia oggetto della richiesta di intervento riabilitativo

Data insorgenza

Intervento chirurgico oggetto della richiesta di intervento riabilitativo

Data intervento

Altre patologie

Ha effettuato riabilitazione in strutture accreditate per la stessa patologia? SI  NO 

Se sì, dove?

Quando?

Per l'ambulatorio: preferenza di fascia oraria8/14 14/20 indifferente 

altre opzioni

eventuali *giorni della settimana* in cui non le è possibile venire:

*n.b. queste opzioni saranno tenute in considerazione ma non sono vincolanti per la struttura*

**RICHIESTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO****SOLO PER TRATTAMENTO IN ACCREDITAMENTO****CONDIZIONI GENERALI**

Cammino: SI  con aiuto di una persona  con bastone/i  con deambulatore   
NO  uso di carrozzina

Linguaggio: normale  ridotto  assente

Collaborante: SI  NO  parzialmente

**DATI SOCIO SANITARI**

Nazionalità: italiana  altra  Lingua: italiana  altra

Stato civile: celibe/nubile  coniugato/a  separato/a  divorziato/a  vedovo/a

Tutela legale: Soggetto sottoposto a tutela  Soggetto responsabile per sé

Scolarità: Nessuna  Asilo nido/materna  Scuola elementare  Scuola media inferiore

Scuola media superiore  Laurea breve  Laurea

Occupazione: Occupato  Non Occupato  Pensionato  Casalinga  Studente

Appartenente a categorie protette  Non appartenente a categorie protette

Condizioni di vita: Vive solo  Vive solo, con assistente  Con coniuge  Con coniuge e figli

Con altri famigliari  Con genitori  In struttura abitativa comunitaria  Altro

Servizio assistenziale erogato da Ente Locale (assistenza domiciliare del comune) SI  NO

Insegnante di sostegno (per età evolutiva) SI  NO

Il/la sottoscritto/a o genitore/legale rappresentante/delegato attesta la veridicità e l'esattezza dei dati sopra riportati.

**FIRMA** \_\_\_\_\_**A cura dell'ufficio prenotazione**

Operatore \_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

Fotocopia della prescrizione medica o autorizzazione

 *obbligatoria*

Fotocopia di un documento di riconoscimento

 *obbligatoria*

Fotocopia del codice fiscale

 *obbligatoria*

Consenso trattamento dati Mod.72A. 01/ Mod.72A.02 (minori)

 *obbligatoria*

Autocert. genit. Mod. 72A.03 o legale rappresent. Mod. 72A.04

 *obbligatoria*Fotocopia referti (*effettuati entro 12 mesi*)

Fotocopia lettera di dimissione

Note: