

**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	<input type="checkbox"/> <i>obbligatoria</i>
Fotocopia di un documento di riconoscimento	<input type="checkbox"/> <i>obbligatoria</i>
Fotocopia del codice fiscale	<input type="checkbox"/> <i>obbligatoria</i>
Autocertificazione per utenti minori, Mod. 72A.03	<input type="checkbox"/> <i>obbligatoria</i>
Autocertificazione per delega, utente adulto, Mod. 72A.04	<input type="checkbox"/> <i>obbligatoria</i>
Fotocopia referti (<i>effettuati entro 12 mesi</i>)	<input type="checkbox"/>
Fotocopia lettera di dimissione	<input type="checkbox"/>

Note: