

**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 opzionieventuali *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/ DATI SOCIO SANITARI**

Cammino:	SI <input type="checkbox"/>	Con aiuto di una persona <input type="checkbox"/>	Con bastone/i <input type="checkbox"/>	uso di carrozzina <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>		con deambulatore <input type="checkbox"/>		
Linguaggio:	normale <input type="checkbox"/>	ridotto <input type="checkbox"/>	assente <input type="checkbox"/>		
Collaborante:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	parzialmente <input type="checkbox"/>		
Nazionalità:	italiana <input type="checkbox"/>	altra <input type="checkbox"/>	Lingua:	italiana <input type="checkbox"/>	altra <input type="checkbox"/>
Stato civile:	celibe/nubile <input type="checkbox"/>	coniugato/a <input type="checkbox"/>	separato/a <input type="checkbox"/>	divorziato/a <input type="checkbox"/>	
Unito/a Civilmente <input type="checkbox"/> Unione civile (decesso partner) <input type="checkbox"/> Unione civile (scioglimento unione) <input type="checkbox"/>					
Scolarità	Nessun titolo conseguito <input type="checkbox"/>		Scuola elementare <input type="checkbox"/>	Scuola media inferiore <input type="checkbox"/>	
	Scuola media superiore/Ist. Prof.le <input type="checkbox"/>		Scuola media superiore <input type="checkbox"/>	Diploma universitario <input type="checkbox"/>	
	Laurea vecchio ordinamento <input type="checkbox"/>		Laurea triennale <input type="checkbox"/>	Laurea Magistrale <input type="checkbox"/>	
Occupazione:	Occupato <input type="checkbox"/>	Non Occupato <input type="checkbox"/>	Pensionato <input type="checkbox"/>	Casalinga <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>
Responsabilità genitoriale (< 18)		materna <input type="checkbox"/>	paterna <input type="checkbox"/>	condivisa <input type="checkbox"/>	da tutore <input type="checkbox"/>
Struttura pubblica o convenzionata <input type="checkbox"/>			Dato mancante <input type="checkbox"/>		
Appartenente categorie protette (età >= 18 anni) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Tutela legale (età >= 18 anni) responsabile per sé <input type="checkbox"/> Sottoposto a tutela <input type="checkbox"/>		
Condizioni di vita:	Vive solo in modo autonomo <input type="checkbox"/>		Vive solo, vive solo in modo non autonomo <input type="checkbox"/>		Con coniuge/partner <input type="checkbox"/>
Con coniuge/partner e figli <input type="checkbox"/>		Con altri familiari senza genitori <input type="checkbox"/>		Con genitori <input type="checkbox"/>	
In struttura abitativa comunitaria <input type="checkbox"/>		Altro:			
Servizio assistenziale erogato da Ente Locale (assistenza domiciliare del comune) SI NO					
modalità di trasporto:	con mezzo proprio <input type="checkbox"/>	con mezzo struttura erogatrice <input type="checkbox"/>	Con mezzo Asl <input type="checkbox"/>	Con mezzo ente locale <input type="checkbox"/>	

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
Fotocopia di un documento di riconoscimento
Fotocopia del codice fiscale
Fotocopia referti (effettuati entro 12 mesi)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a o genitore/legale rappresentante/delegato _____

autorizza la comunicazione del proprio/del minore/del delegante stato di salute a:

Nessuno **Solo a** _____

FIRMA _____