

**Te.Ri. Centro di Riabilitazione**AMB  DOM 

Accreditato con SSR Deliberazione Giunta Regionale Lazio

2591/2000 Via Renato Simoni, 31 - 00157 Roma

Data \_\_\_\_\_

Tel. **064396461** r.a. - Fax **0643531699**Mail: [info@centroteri.com](mailto:info@centroteri.com)**SCHEDA DI RICHIESTA ASSISTENZA RIABILITATIVA**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Codice Fiscale Utente | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Residenza: Città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_ Cir.ne \_\_\_

Domicilio: Città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_ Cir.ne \_\_\_

Telefono/i \_\_\_\_\_ Altro Recapito tel. \_\_\_\_\_

Ha già effettuato riabilitazione in strutture accreditate per la stessa patologia? Si  No Se sì, in ambulatorio  a domicilio  day hospital  ricovero Se *in questa struttura* in ambulatorio  a domicilio **Disponibilità orario:** mattina 8.30/14.30  pomeriggio 14.30/19.00 Indifferente **Età evolutiva 0-12 anni****Età insorgenza linguaggio** \_\_\_\_\_**Scuola:** materna  elementare  media  **Sostegno Scolastico:** sì  no **Informativa sul Trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a che presenta spontaneamente la richiesta di assistenza riabilitativa presso il Centro Te.Ri. srl dichiara di aver visionato e compiutamente compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali reperita sul sito **www.centroteri.com** nonché all'interno dei locali del predetto centro in luogo ben visibile e pertanto esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti degli artt. 13/14 del gdpr.

**FIRMA del Paziente in proprio** (o di colui che ne fa le veci) \_\_\_\_\_**FIRMA per Pazienti Minori:** Firma Genitore 1 \_\_\_\_\_

Firma Genitore 2 \_\_\_\_\_

**Richiesta Assistenza Riabilitativa AMBULATORIALE ADULTI**

- . Modello richiesta
- . Certificato Struttura pubblica o distretto Asl o Medico Specialista

**Richiesta Assistenza Riabilitativa DOMICILIARE ADULTI**

- . Modello richiesta
- . Valutazione del CAD distrettuale di zona

**Richiesta Assistenza Riabilitativa ETA' EVOLUTIVA**

- . Modello richiesta
- . Valutazione / diagnosi del Neurologo Infantile di Struttura pubblica o Medico Specialista

**Riservato al Medico Curante**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

**Insorgenza patologia per la quale si richiede intervento riabilitativo** \_\_\_\_\_**Altre patologie :** cuore  apparato respiratorio  altro **Condizioni generali:** buone  discrete  scadenti **Condizioni mentali :** integre  deteriorate **Terapie farmacologiche in atto :** \_\_\_\_\_**Cammino:** si  con aiuto  con bastone   
no  con deambulatore  con carrozzina **Linguaggio:** normale  ridotto  assente **Linfedema:** lieve  medio  grave **Prestazioni/interventi richiesti:**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. riabilitazione logopedica                 | <input type="checkbox"/> |
| 2. riabilitazione neuro-motoria              | <input type="checkbox"/> |
| 3. linfodrenaggio                            | <input type="checkbox"/> |
| 4. riabilitazione psicomotoria               | <input type="checkbox"/> |
| 5. riabilitazione cognitiva/neuropsicologica | <input type="checkbox"/> |

**Durata**

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1. 90 giorni | <input type="checkbox"/> |
| 2. 60 giorni | <input type="checkbox"/> |

**Tipologia**

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| 1. Estensivo    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mantenimento | <input type="checkbox"/> |

Note \_\_\_\_\_

Data: .....

**Timbro e firma**

La scheda va consegnata alla reception dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.30 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00

oppure inviata via fax al numero 06/43531699. La scheda può essere scaricata dal sito

[www.centroteri.com](http://www.centroteri.com)