

Te.Ri. Centro di Riabilitazione

Accreditato con SSR Deliberazione Giunta Regionale Lazio

2591/2000 Via Renato Simoni, 31 – 00157 Roma

Tel. **064396461** r.a. - Fax **0643531699**Mail: info@centroteri.com

AMB |__|

DOM |__|

Data _____

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 Privacy

Ricevuta informativa e preso atto dei diritti di cui all'art.13 del GDPR 2016/679 esprimo il consenso previsto al trattamento dei dati che mi riguardano da parte della Te.RI. srl per le sue finalità istituzionali.

FIRMA del PAZIENTE (Genitore o altri familiari) _____**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 **Tipologia 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"/> |

Note _____

Data:

Timbro e firma

La scheda deve essere consegnata alla reception dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 18.30
oppure inviata via fax al numero 06/43531699. La scheda può essere scaricata dal sito www.centroteri.com

