

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.comAMB | 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?**

sì 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 del Genitore o di colui che ne fa le veci) _____**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