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.** _____

Caregiver _____ **Cell.** _____ **Mail** _____
Cognome e Nome

Ha già effettuato riabilitazione in strutture accreditate per la stessa patologa? **Si** |__| **No** |__|

Se si, 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:** si |__| 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 carrozzinina |__|

Linguaggio: normale |__| ridotto |__| assente |__|

Linfedema: lieve |__| medio |__| grave |__|

Prestazioni/interventi richiesti:

1. riabilitazione logopedica |__|
2. riabilitazione neuro-motoria |__|
3. linfodrenaggio |__|
4. riabilitazione psicomotoria |__|
5. riabilitazione cognitiva/neuropsicologica |__|

Durata

1. 90 giorni |__|
2. 60 giorni |__|

Tipologia

1. Estensivo |__|
2. Mantenimento |__|

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**