

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ (allegare copia tessera sanitaria)

Telefono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

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

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Il Centro è accreditato come struttura ex art. 26 Legge 833/1978 per questo in caso di residenza extra regione Marche è necessario che il trattamento sia preventivamente autorizzato dall'Azienda Sanitaria di residenza, secondo le modalità che ciascuna regione ha adottato.

### Compilazione a cura del Centro:

Valutazione medico: convenzione  privato

urgente: SI  NO

Firma medico \_\_\_\_\_

Visita prenotata con il dr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Presso quale ambulatorio è disponibile ad effettuare la terapia?

FALCONARA  BRECCIE BIANCHE  CAMERANO  OSIMO  FANO

### Ha già effettuato terapia riabilitativa presso il ns. Centro?

SI  visitato dal dott. \_\_\_\_\_ NO

Ha una invalidità civile? SI  \_\_\_\_\_ % NO

### 1. La diagnosi o il problema per il quale mi rivolgo al Centro è (descrivere sinteticamente il problema):

\_\_\_\_\_

ne sono affetto da \_\_\_\_\_ (scrivere da quanto tempo o la data di

insorgenza) o la data dell' intervento \_\_\_\_\_.

Data compilazione \_\_\_\_\_

**2. Ho subito i seguenti interventi chirurgici (specificare la data)**

- all'anca (protesi o altro) \_\_\_\_\_
- alla colonna vertebrale \_\_\_\_\_
- al ginocchio \_\_\_\_\_
- alla spalla \_\_\_\_\_
- di amputazione \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

**3. Ho subito traumi (fratture o distorsioni) in uno dei seguenti distretti corporei (specificare la data):**

- bacino/femore \_\_\_\_\_
- ginocchio/tibia \_\_\_\_\_
- spalla/omero \_\_\_\_\_
- avambraccio/polso/mano \_\_\_\_\_
- caviglia/piede \_\_\_\_\_
- colonna vertebrale \_\_\_\_\_

**4. Sono affetto da (specificare la data di insorgenza della patologia):**

- m. di Parkinson/parkinsonismo \_\_\_\_\_
- sclerosi multipla \_\_\_\_\_
- esiti di ictus cerebrale \_\_\_\_\_
- esiti di trauma cranico \_\_\_\_\_
- esiti di lesione midollare \_\_\_\_\_
- altra lesioni neurologica (specificare) \_\_\_\_\_

5. Ho bisogno di aiuto per vestirmi SI  NO

6. Ho bisogno di aiuto per fare il bagno SI  NO

7. Ho bisogno di aiuto quando mangio SI  NO

8. Ho bisogno di aiuto o di un appoggio (es. bastone) per camminare  
SI  NO

9. Ho bisogno di aiuto per fare le scale SI  NO

10. Ho bisogno di aiuto in qualche attività della vita quotidiana  
SI  NO  Se sì, quale? \_\_\_\_\_

11. Utilizzo ausili o ortesi ( carrozzina, bastoni, molle, busti o altro)  
SI  NO  quale? \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_

**Si informa l'utenza che non è consentito eseguire prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale presso questo Centro in contemporanea con altre strutture pubbliche o accreditate.**

Firma paziente per presa visione \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA EMERGENZA SANITARIA COVID-19**

Si porta a conoscenza l'utente che le norme di prevenzione e controllo dell'infezione da Coronavirus prevedono l'esecuzione preventiva, ad ogni accesso del paziente, del triage (misurazione della temperatura corporea, igiene delle mani e screening della sintomatologia) da parte dell'operatore.

*Allegare alla presente richiesta la copia della tessera sanitaria ed il modulo del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili come previsto dal Regolamento UE 679/2016.*