



SCHEDA BIOGRAFICA PER RICHIESTA DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE MINORE

Dati del bambino/a

Cognome Nome Data di nascita

Luogo di nascita Residenza

Codice fiscale del bambino/a

Dati anagrafici di uno dei genitori

Cognome Nome Data di nascita

Luogo di nascita Residenza

Codice Fiscale Cell. email

A.S.L. di appartenenza

Motivo della richiesta

Riabilitazione prescritta da

Altre malattie presenti al momento

Eventuali farmaci assunti

.....

.....

Preferenza per eventuale ciclo di trattamento: mattina pomeriggio

N.B. Si suggerisce, per una valutazione più appropriata, di allegare alla presente scheda eventuali fotocopie di documentazioni già in possesso.

Data

Firma del richiedente

Contatti e numeri telefonici

Richiesta per il Centro S. Maria della Pace, via Maresciallo Caviglia - 30

email segreteria-medica.rm.smpace@dongnocchi.it informazioni tel. 06.33086701

Richiesta per il Centro S. Maria della Provvidenza – Presidio S. Agnese, via Casal del Marmo - 401

Email segreteria-medica.rm.smprovvidenza@dongnocchi.it informazioni tel. 06.33086500

Parte facoltativa riservata al medico (per una migliore valutazione della richiesta).

Diagnosi principale:

Altre condizioni morbose:

Notizie utili

SI

NO

Stato di coscienza vigile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizioni mentali integre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collabora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit del linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit mobilità arti superiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit mobilità arti inferiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà alla deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione con ausili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di presidio ortopedico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Il medico

(Timbro e firma)

Spazio riservato al Centro

- Ammissibile alle cure riabilitative
- Riabilitazione **Estensiva**
 - Riabilitazione **Mantenimento**
- Non ammissibile
- In base alla normativa vigente
 - In assenza di posti disponibili entro due mesi