


MGC.90 Rev. 08 del 05/02/2026 Pag. 1/2	Direzione Medica	Fondazione Don Carlo Gnocchi CENTRO "S. MARIA DELLA PACE" - Reparto ambulatoriale CENTRO "S. MARIA DELLA PROVVIDENZA" - Reparto ambulatoriale	
SCHEDA BIOGRAFICA PER RICHIESTA DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE			

Parte riservata al richiedente

Cognome Nome Data di nascita

Luogo di nascita Residenza

Codice Fiscale

Tel. Cell. email

A.S.L. di appartenenza

Motivo della richiesta¹

Riabilitazione prescritta dal Dott.

Data di inizio della attuale disabilità²

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 cliniche recenti (entro l'anno) che descriva il grado di disabilità.

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. 06.33086797 – 06.33086434
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

¹ Patologia oggetto dell'intervento riabilitativo.

² Indicare la data del più recente episodio o peggioramento (o ultimo controllo clinico specialistico) per la disabilità oggetto dell'intervento.

Parte riservata al medico specialista o di medicina generale (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

- Frequenza settimanale:
- N° contatti settimanali:
- Durata progetto:
- Tipo di trattamento:
 - Fisioterapia individuale
 - Logopedia
 - Terapia occupazionale
 - Riabilitazione robotica
 - Attività diversificata

Non ammissibile

▪ In base alla normativa vigente

▪ In assenza di posti disponibili entro due mesi