

Compilazione a cura del Centro:	
Firma segreteria _____	Data _____
Valutazione medico: convenzione ☐ privato ☐	
urgente: SI ☐ NO ☐	
visita di 60' ☐ 30' ☐	
Firma medico _____	Data _____
Visita prenotata con il dr. _____ il _____	
Note _____ _____ _____	

MS.AD.18 Rev. 11 Ottobre 2025 Pagina 1 di 2	DIREZIONE SANITARIA	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Area Territoriale Centro CENTRO "E. BIGNAMINI" Via Matteotti, 56 – 60015 Falconara (AN)
QUESTIONARIO APPROPRIATEZZA ACCETTAZIONE AMBULATORIALE/DOMICILIARE		

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) _____

Questionario per la valutazione dell'idoneità di accesso ai trattamenti riabilitativi *(il modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte, questionari non completi non verranno presi in carico.)*

1) Inviato da:

(Selezionare una delle seguenti opzioni ed indicare il nome del medico)

☐ **Medico di medicina generale** _____

☐ **Pediatra di libera scelta** _____

☐ **Specialista in** _____

2) Diagnosi _____

Data di insorgenza _____

Data dell'intervento (se effettuato) _____

3) Ha un'invalidità civile? SI ☐ _____ % NO ☐

Data compilazione _____

Di seguito troverà un elenco di attività di uso quotidiano. Le chiediamo di selezionare con una X la risposta che più rappresenta la sua situazione.

Descrizione dell'attività	Non in grado	Necessita di aiuto	Da solo con difficoltà	Autonomo
ALIMENTARSI	☐	☐	☐	☐
FARE IL BAGNO/DOCCIA	☐	☐	☐	☐
CURARE L'ASPETTO ESTERIORE (lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi, ecc.)	☐	☐	☐	☐
VESTIRSI	☐	☐	☐	☐
CONTROLLO DELL'ALVO	☐	☐	☐	☐
CONTROLLO DELLA VESCICA	☐	☐	☐	☐
UTILIZZO DEL WC (sedersi, alzarsi, pulirsi, rivestirsi)	☐	☐	☐	☐
TRASFERIMENTI (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa)	☐	☐	☐	☐
CAMMINO (su superfici piane e regolari)	☐	☐	☐	☐
FARE LE SCALE	☐	☐	☐	☐

Indichi altre eventuali patologie/interventi chirurgici/fratture di cui è affetto:

Ha effettuato ricoveri negli ultimi 12 mesi? SI ☐ NO ☐

Se sì, l'ultimo ricovero effettuato in data: _____

Le sue problematiche sono peggiorate negli ultimi 12 mesi? SI ☐ NO ☐

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 _____

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.