

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) _____

Compilazione a cura del Centro:

Firma segreteria _____ Data _____

Valutazione medico: convenzione privato

urgente: SI NO

Firma medico _____ Data _____

Visita prenotata con il dr. _____ il _____

Note _____

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:

MMG (medico di medicina generale)

PLS (pediatra di libera scelta)

Specialista (inserire tipologia) _____

2) Diagnosi _____

Data di insorgenza/intervento _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FARE IL BAGNO/DOCCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURARE L'ASPETTO ESTERIORE (lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO DELL'ALVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO DELLA VESCICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIZZO DEL WC (sedersi, alzarsi, pulirsi, rivestirsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASFERIMENTI (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMMINO (su superfici piane e regolari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FARE LE SCALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.