

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) \_\_\_\_\_

Se domiciliato presso struttura protetta/Rsa/Casa di cura comunicare il n. di telefono della struttura: \_\_\_\_\_

Familiare o tutore legale\*

Nome \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

\*in mancanza di questi dati la pratica non sarà evasa

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.

E' in grado di effettuare la visita in ambulatorio? SI  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 data intervento \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ Consegnato all'ambulatorio di \_\_\_\_\_

### Compilazione a cura del Centro:

*Dalla valutazione del Questionario e dalla eventuale documentazione*

*prodotta si ritiene la priorità:* ALTA  MEDIA  BASSA

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

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

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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. 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 al paziente del triage (misurazione della temperatura corporea, igiene delle mani e screening della sintomatologia) da parte dell'operatore ad ogni accesso a domicilio.

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.