

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ Telefono _____

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.

Alla presente richiesta va allegato il modulo del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili come previsto dal Regolamento UE 679/2016.