



MODULO DI RICHIESTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO **ADULTI**

Data .....

<input type="checkbox"/> AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALE
--	---

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA DA INSERIRE IN LISTA DI ATTESA**

Cognome:	Nome:	Data di nascita:	Luogo:
Residente in Via:	Tel :	Cell :	Email:
Codice Fiscale:	A.S.L. di appartenenza:		Distretto:

IN CASO DI SOGGETTO INABILE:

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE (FAMILIARE/TUTORE/AMMINISTRATORE)	C.F.
--	------

**Firmando la presente richiesta il sottoscritto presta il consenso al trattamento dei dati personali come da informativa allegata.**

Firma del richiedente (familiare/tutore/amministratore)
---

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI TRATTAMENTO**

Per quale problema chiede la Riabilitazione?		
Da quanti anni ha questo problema?		
Soffre di altre malattie? Quali?		
Quali medicine prende?		
Ha in corso o ha avuto trattamenti riabilitativi in altre strutture?	NO	<input type="checkbox"/> , quando?
<b>CONDIZIONI CLINICHE</b>	NO	SI (scrivere il problema)
Ha difficoltà a camminare? Usa il bastone, carrellino, carrozzina?		
Ha difficoltà a usare le mani?		
Ha problemi di vista o udito?		
Ha problemi a parlare?		
Ha problemi a deglutire?		
Ha problemi di memoria?		
Ha problemi vascolari?		
Ha problemi oncologici?		

**PER LA RICHIESTA DI RIABILITAZIONE SEMIRESIDENZIALE**

Autonomie nell'alimentazione		<input type="checkbox"/> mangia da solo	<input type="checkbox"/> aiutato	<input type="checkbox"/> imboccato
Incontinenza		Tipo:	<input type="checkbox"/> aiutato	<input type="checkbox"/> pannolone
Agitazione psicomotoria				

<input type="checkbox"/> <b>URGENTE</b> Motivazione:	
--	--