



**DOMANDA DI ACCETTAZIONE
AMBULATORIALE EE**

CENTRO DI RIABILITAZIONE PSICOMOTORIA PADRE PIO

Io sottoscritto/a M F

Numero di telefono: Cell.:

e-mail:

in qualità di genitore

del minore

nato a Prov il

residente in Prov Mun

Via/Piazza n°..... Cap

Cittadinanza: ASL di Residenza:

Codice Fiscale Codice Sanit. Assistito

Classe frequentata

NE CHIEDO L'INSERIMENTO IN AMBULATORIO E ACCONSENTO PER: TRATTAMENTO RICHIESTO

- Prima visita neuropsichiatrica
- Valutazione: Logopedica Psicomotoria Psicologica
- Intervento Riabilitativo di: Logopedia Neurosicomotricità Psicoterapia

MEDICO INVIANTE, (di cui si deve allegare una relazione a sostegno dell'invio)

Dott./Dott.ssa :

Neuropsichiatra Fisiatra Ortopedico

(struttura di appartenenza))

Pediatra di famiglia Altro

IN CARICO PRESSO ALTRO ENTE **IN ATTESA PRESSO ALTRO ENTE**

DIAGNOSI / MOTIVO DELLA RICHIESTA

.....
.....

PREFERENZA ORARIO:

Roma, lì _____ FIRMA DELL'INTERESSATO: _____

- **Presentazione della domanda**

La domanda, per la quale va utilizzato il presente modulo va compilata e firmata dal genitore/tutore e presentata insieme ad una relazione del Medico Specialista o del Pediatra di famiglia che motiva l'invio. La domanda può essere consegnata o inviata per fax (06.92912005) o e-mail (ambulatorio@sanfrancescocoop.it) alla Segreteria del Centro di Riabilitazione Psicomotoria Padre Pio.

- **Valutazione della domanda e lista di attesa**

La domanda di ammissione viene valutata dal Coordinatore che la inserisce in lista di attesa. La lista di attesa è composta secondo un criterio di priorità temporale, fatte salve le urgenze per età e patologia, valutate dal Medico Responsabile. Qualora l'utente rinunci, deve darne comunicazione – anche telefonica – in segreteria.

- **Visita specialistica**

Quando il Medico Responsabile ravvisa la possibilità di presa in carico, contatta la famiglia per fissare la prima visita. In tale occasione è necessario presentarsi con i seguenti documenti:

- 1. Prescrizione medica**, redatta su Ricettario Unico del SSN, che deve riportare la seguente dicitura **"Visita specialistica per la stesura del Progetto Riabilitativo Individualizzato per sospetta diagnosi di** ". Tale prescrizione può essere rilasciata dal Pediatra di famiglia o dallo specialista di struttura pubblica. L'inviante deve indicare la sospetta diagnosi che motiva la necessità di una visita specialistica. Sulla ricetta deve essere indicato il codice ICD9 della diagnosi o del sospetto diagnostico.
- 2. Carta Regionale dei Servizi** (tessera sanitaria) dell'utente
- 3. Documento d'identità dell'utente**
- 4. Copia di eventuale documentazione sanitaria recente**, per il Medico che effettua la visita.

- **Presa in carico**

Effettuata la visita, il Medico, se valuta necessario l'avvio di un ciclo di trattamenti riabilitativi, concorda con la famiglia tempi e modalità della presa in carico.