

Centro di Riabilitazione Psicomotoria Padre Pio

Domanda di ACCETTAZIONE SSN nell'Ambulatorio del Centro di Riabilitazione Padre Pio

Io sottoscritto/a M F

nato a Prov il,

residente in Prov

Via/Piazza n° Cap

Domiciliato *(se diverso dalla residenza)* a Prov

Via/Piazza n° Cap

Cittadinanza: ASL di Residenza:

Codice Fiscale Codice Sanit. Assistito

Numero di telefono: Cell.:

e-mail:

CHIEDO E ACCONSENTO *oppure* **CHIEDO E ACCONSENTO** in qualità di

genitore rappresentante legale (tutore amministratore di sostegno.....)

altro

per il Sig./la Sig.ra

nato/a a Prov il.....,

residente in Prov

Via/Piazza n° Cap

Cittadinanza: ASL di Residenza:

Codice Fiscale Codice Sanit. Assistito

L'INSERIMENTO PRESSO L'AMBULATORIO PER: TRATTAMENTO RICHIESTO

Prima visita fisiatrice/neurologica

Valutazione: • Logopedica • Psicomotoria • Psicologica

Centro di Riabilitazione Psicomotoria Padre Pio

- Intervento Riabilitativo di:
- Logopedia • Fisioterapia neuro-motoria • Psicoterapia
 - Terapia Occupazionale • Musicoterapia • Terapia Cognitiva

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

Dott./Dott.sa :

Fisiatra Neurologo Ortopedico Reumatologo

(struttura di appartenenza:)

Medico di medicina generale

EVENTUALE TRATTAMENTO RICHIESTO:

Neuropsicomotricità Terapia cognitiva Logopedia Musicoterapia Psicoterapia

Fisioterapia

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

A tal fine fornisco le seguenti indicazioni:

SI NO

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| - Pratica sportiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Terapia farmacologica in atto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Ipertensione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Malattie cardiache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Diabete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Altre patologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Firma del/la Paziente o del Rappresentante Legale: _____

Roma,

Firma e Timbro del Medico

DATA DI RICEVIMENTO/...../..... TIMBRO Prog.....

Centro di Riabilitazione Psicomotoria Padre Pio

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, del Medico di Medicina Generale che motiva l'invio. La domanda può essere consegnata o inviata per fax (06.89281029) o e-mail (inserimenti@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 Medico della struttura 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 della struttura. Qualora l'utente rinunci, deve darne comunicazione – anche telefonica – in segreteria. Ogni sei mesi, chi ha presentato la domanda deve confermare alla segreteria l'intenzione di rimanere in lista di attesa. Nel caso ciò non avvenga, la domanda viene considerata automaticamente decaduta.

Visita specialistica

Quando il Medico della struttura ravvisa la possibilità di presa in carico, contatta l'utente, o chi per lui, per fissare la visita specialistica. In occasione del primo appuntamento è necessario presentarsi alla segreteria dell'ambulatorio per l'accettazione con i seguenti documenti:

- 1. Prescrizione medica**, redatta esclusivamente 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 Medico di Medicina Generale 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 della eventuale documentazione sanitaria recente dell'interessato**, 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.