

REA 619982 – N° Iscr. Albo Società Cooperative A177174 C.F. 07532930588 P.IVA 01799401003

Centro di Riabilitazione Psicomotoria Padre Pio

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

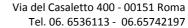
| Io sottoscritto/a | | | |
|---|---------------------|-----------------------|------------------------|
| nato a | | Prov | il, |
| residente in | | Prov | |
| Via/Piazza | | | n° Cap |
| Domiciliato (se diverso dalla residenza |) a | | Prov |
| Via/Piazza | | | n° Cap |
| Cittadinanza: | AS | L di Residenza: | |
| Codice Fiscale | Co | dice Sanit. Assistito | |
| Numero di telefono: | | Cell.: | |
| e-mail: | | | |
| ☐ CHIEDO E ACCONSENTO | oppure | ☐ CHIEDO E AC | CONSENTO in qualità di |
| ☐ genitore ☐ rappresentante le | egale (□ tutore □ a | mministratore di sost | regno) |
| □ altro | | | |
| per il Sig./la Sig.ra | | | |
| nato/a a | | Prov | , il, |
| residente in | | Prov | |
| Via/Piazza | | | n° Cap |
| Cittadinanza: | AS | L di Residenza: | |
| Codice Fiscale | Co | dice Sanit. Assistito | |
| L'INSERIMENTO P | RESSO L'AMBULA | ATORIO PER: TRATTA | MENTO RICHIESTO |
| | | | |
| Prima visita fisiatrica/neurolo | ogica | | |



REA 619982 – N° Iscr. Albo Società Cooperative A177174 C.F. 07532930588 P.IVA 01799401003

Centro di Riabilitazione Psicomotoria Padre Pio

| ☐ Intervento Riabilitativo di: | Logopedia | Fisiotera | pia neuro-motoria • Psicoterapia |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| | • Terapia Occ | cupazionale | Musicoterapia |
| ☐ Fisiatra ☐ Neurologo ☐ Or (struttura di appartenenza: | topedico RICHIESTO: nia cognitiva | Reumatolog | |
| ☐ IN CARICO PRESSO ALTRO | <u> </u> | N ATTESA SI NO | PRESSO ALTRO ENTE |
| Pratica sportiva Terapia farmacologica Allergie Ipertensione Malattie cardiache Diabete Interventi chirurgici Altre patologie | in atto | | |
| Firma del/la Paziente o del Rappr Roma, | esentante Leg | | na e Timbro del Medico |
| DATA DI RICEVIMENTO/ | / | Т | TMBRO Prog |



www.sanfrancescocoop.it - info@sanfrancescocoop.it

REA 619982 – N° Iscr. Albo Società Cooperative A177174 C.F. 07532930588 P.IVA 01799401003

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 |
| pre | sentata insieme ad una relazione del Medico Specialista, del Medico di Medicina Generale che motiva |
| l'in\ | vio. La domanda può essere consegnata o inviata per fax (06.89281029) o e-mail |
| (ins | serimenti@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 | a di attesa è composta secondo un criterio di priorità temporale, fatte salve le urgenze per età e |
| pat | ologia, valutate dal Medico della struttura. Qualora l'utente rinunci, deve darne comunicazione – anche |
| tele | efonica – in segreteria. Ogni sei mesi, chi ha presentato la domanda deve confermare alla segreteria |
| l'int | tenzione di rimanere in lista di attesa. Nel caso ciò non avvenga, la domanda viene considerata |
| aut | omaticamente decaduta. |
| | Visita specialistica |
| Qua | ando il Medico della struttura ravvisa la possibilità di presa in carico, contatta l'utente, o chi per lui, per |
| fiss | are la visita specialistica. In occasione del primo appuntamento è necessario presentarsi alla segreteria |
| dell | l'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 |
| Effe | ettuata la visita, il Medico, se valuta necessario l'avvio di un ciclo di trattamenti riabilitativi, concorda |
| con | ı la famiglia tempi e modalità della presa in carico. |

Modello: Inserimento Amb. Adulti Rev. N. 04