LIFE RICERCA E CURA SANTA LUCIA IRCCS

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA
Scheda di raccolta dei dati anagrafici per l'inserimento in lista d'attesa

Cognome .....

Nome .....

Sesso ☐ maschio ☐ femmina

Luogo nascita .....

Data di nascita gg ☐☐ mm ☐☐ aa ☐☐☐☐

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Comune residenza .....

Municipio di residenza (solo per Roma) ☐☐

via .....

Tel. .....

E-mail.....

Invalidità Civile: ☐ Nessuna ☐ Richiesta ☐ Riconosciuta

Data di inizio evento per il quale è richiesta la presa in carico riabilitativa.....

Medico curante.....Tel.....

Referenti Familiari..... Tel.....

Indirizzo e-mail (dei referenti).....

Servizio ASL di riferimento.....Tel.....Fax.....

(Parte riservata alla Fondazione Santa Lucia)

GIUDIZIO

☐ A visita per eventuale presa in carico per trattamento riabilitativo estensivo

- ☐ Ciclo
- ☐ Urgente
- ☐ Non urgente

☐ Si richiedono ulteriori informazioni cliniche al medico proponente:.....
.....
.....

☐ Non favorevole. Motivazione del rifiuto e/o suggerimenti:.....
.....
.....

Data..... Il Medico.....