



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

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.....