

RICHIESTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO - mod. A/F

SCHEDA ANAGRAFICA RISERVATA ALL'UTENTE

Spett.le A.I.R.R.I.
Via G. Levato, 13
Ciampino

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita/...../.....

Residente in Indirizzo

Telefono Cellulare

E-mail:.....

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale

Il sottoscritto, informato/a sui diritti di cui al Dlg 30/6/03 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) autorizza il Centro A.I.R.R.I. all'utilizzo dei dati sopra scritti, di cui certifico l'esattezza, nonché di quelli riportati negli allegati mod. B/F e C/F, esclusivamente ai fini riabilitativi, di cui alla presente richiesta.

Data

Firma

Firma del Delegato (per minore o incapace)

Allegati: Modello A.I.R.R.I. B/F

Fotocopia stato invalidità civile (se richiesta o riconosciuta)

N.B. La presente documentazione consente l'inserimento in lista d'attesa - ove esistano i presupposti previsti dalla normativa vigente. Qualsiasi aggravamento o variazione della patologia dovesse intervenire nel periodo di attesa, è necessario produrre nuova certificazione.

AUTOCERTIFICAZIONE PER CARTELLA RIABILITATIVA (Mod. B/F)
(DGR Regione Lazio n.398 del 15/02/2000)

COGNOME NOME Eta'.....

Patologia oggetto dell'intervento.....

Data evento acuto:

Stato Civile Coniugato/a
 Celibe/nubile
 Separato/a
 Divorziato/a
 Vedovo/a

Titolo di studio Nessuno
 Scuola elementare
 Scuola media inf
 Scuola media sup
 Laurea

Occupazione Occupato
 Non occupato
 Pensionato/a
 Casalinga
 Studente

Tutela Legale Responsabile per sé
 Sogg.sottop.a tutela

Ausili/Protesi si no

Se sì quale

Ins sostegno SI NO

Serv assistenziale ente locale SI NO

Invalidità civile Nessuna Richiesta Riconosciuta Percentuale

Inviante Medico di famiglia dott. **Inviato presso AIRRI da**
 Socialista Ospedaliero dott.
 Spec Serv Distrett. dott.
 Altro dott.

Ha effettuato precedenti tratt. riabilitativi SI NO

Se sì presso dal al

Condizioni di vita Vive solo in modo autonomo Con altri famil. senza genitori
 Vive solo in modo non autonomo Con i genitori
 Solo con coniuge/partner Struttura abitativa
 Solo con il coniuge/partner e figli Altro

Ricovero ultimi 12 mesi

Nessuno
 Struttura Riabilitativa Ospedaliera
 Struttura extra-ospedaliera
 In questa struttura

In attesa dal

Document.consegnata a

Firma paziente/familiare

AIRRI - Ciampino

Nota informativa sulla lista di attesa per la presa in carico presso questo Centro di Riabilitazione "ex art. 26"

Il Centro Airri di Ciampino informa l'utenza che le richieste/proposte di presa in carico riabilitativa in "ex art. 26" sono valutate dal Direttore Sanitario, o altro Medico preposto del Centro, in base a precisi criteri che sono riportati su moduli predisposti e di cui si invita a prendere visione.

Si fa presente, a tal proposito, che il criterio "cronologico", cioè la data di presentazione della richiesta, non è criterio unico e condizionante la graduatoria della lista di attesa, che verrà aggiornata periodicamente, proprio in base agli altri criteri sopra menzionati.

Per presa visione/accettazione

Data, _____ Firma leggibile utente _____