

Proposta di trattamento riabilitativo
presso IST. S. CUORE DI GESU' - FATEBENEFRATELLI
Via San Giovanni di Dio, 54 - 20078 San Colombano al Lambro

A cura dell'A.S.L.	1 - NUMERO DI PRATICA <input type="text"/>	2 - DATA PRESENTAZ. DOMANDA <input type="text"/>
	3 - RICHIEDENTE cognome _____ nome _____	Data di Nascita <input type="text"/> sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
A cura del Prescrittore	4 - LUOGO DI NASCITA _____	
	6 - RESIDENZA ANAGRAFICA via _____ n. _____ comune _____ tel. _____	5 - COD.REGIONALE O CODICE FISCALE ASSISTITO <input type="text"/>
	7 - DIAGNOSI _____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A cura dell'A.S.L.	8 - TIPO DI IMPEGNATIVA: 1 <input type="checkbox"/> PRIMO TRATTAMENTO 2 <input type="checkbox"/> REINGRESSO 3 <input type="checkbox"/> PROROGA	
	9 - TRATTAMENTO DA EROGARSI PRESSO U.O. <input type="checkbox"/> C.R.A. <input type="checkbox"/> DISTURBI COGNITIVI DELL' ANZIANO <input type="checkbox"/> PSICOGERIA TRIA ED ALTRA PSICO ORGANICITA' <input type="checkbox"/> RITARDO MENTALE	
	10 - DATA DI PRESCRIZIONE _____	11 - TIMBRO E FIRMA MEDICO _____
A cura dell'A.S.L.	NOTE: _____ _____ _____	
	DATA DI AUTORIZZAZIONE _____	Timbro e firma _____ MEDICO AUTORIZZATORE ASL DI LODI

Allegare: Relazione clinica