

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	2 - DATA PRESENTAZ. DOMANDA	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
A cura del Prescrittore	3 - RICHIEDENTE	Data di Nascita	sexso
	cognome _____ nome _____	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	4 - LUOGO DI NASCITA _____		
	6 - RESIDENZA ANAGRAFICA	5 - COD.REGIONALE O CODICE FISCALE ASSISTITO	
	<input type="text"/>		
	via _____ n. _____ comune _____	tel. _____	
A cura del Prescrittore	7 - DIAGNOSI		
	_____	<input type="text"/>	<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.T.	
		<input type="checkbox"/> DISTURBI COGNITIVI DELL' ANZIANO	
		<input type="checkbox"/> PSICOGERIATRIA 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