



OPERA DIOCESANA ISTITUTO SAN VINCENZO
CENTRO DI RIABILITAZIONE
VIA COPERNICO 7
20125 MILANO

DOMANDA DI RIABILITAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE

Il sottoscritto _____

Residente a _____ Indirizzo _____

Cittadinanza _____ Tel. _____ Cellulare _____

E Mail _____ in qualità di:

- genitore
- tutore

CHIEDE L'INSERIMENTO PRESSO L'AMBULATORIO DI NEUROPSICHIATRIA

Cognome Nome Sesso M F

Nato/a a Prov. il ____/____/____

Residente a Prov.

Via.....

Cittadinanza..... ATS di residenza

Cod. Fiscale Codice San. Assistito.....

Elenco dei documenti da produrre in copia al momento della presentazione della domanda:

1. tessera sanitaria
2. scheda informazioni sanitarie
3. relazione medico specialista in neuropsichiatria infantile

Il sottoscritto si impegna a:

- comunicare l'eventuale rinuncia all'ingresso
- rinnovare ogni 6 mesi, telefonicamente o tramite mail, l'interesse all'inserimento.

DATA ____/____/____ FIRMA _____

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili. Si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Lei potrà in qualsiasi momento richiedere indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti. Il testo integrale dell'informativa è disponibile presso la Direzione presso cui è presente il Responsabile al trattamento dei dati.

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione:

SI [] NO []

DATA ____/____/____ FIRMA _____

DATA DI RICEVIMENTO ____/____/____ TIMBRO _____

SCHEMA INFORMAZIONI SANITARIE

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO NEUROPSICHIATRA INFANTILE

Diagnosi:

Eventuale trattamento attivo: _____

Indicazione di trattamento:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neuropsicomotricità | <input type="checkbox"/> Psicoterapia mamma - bambino |
| <input type="checkbox"/> Logopedia | <input type="checkbox"/> Terapia espressiva |
| <input type="checkbox"/> Intervento intersoggettività (età prescolare) | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |

Eventuali osservazioni:

Data di compilazione _____

Timbro e firma _____

Riferimento Telefonico _____

Indirizzo mail _____

La domanda sarà presa in carico da un medico o uno psicologo dell'ambulatorio che comunicherà all'inviante i suoi riferimenti (telefono e mail) e che dovrà essere aggiornato ogni 6 mesi dal neuropsichiatra infantile della UONPIA in merito all'evoluzione della situazione clinica e sociale del minore.

La domanda di ammissione viene valutata dall'equipe e poi inserita in una lista d'attesa composta secondo un criterio di priorità temporale e complessità clinica valutata dalla struttura.

Fino al momento della presa in carico riabilitativa il servizio non può attivare alcun intervento