



**U.O. Outpatients/Poliambulatorio Specialistico**  
**U.O. Outpatients/Presidio Ambulatoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione**

<b>UTENTE</b>	Cognome e Nome	Etichetta	
	Data e luogo di nascita		<input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> F
	Città ed indirizzo di residenza		

<b>Caregiver di riferimento (nome e cognome)</b>	Relazione con pz.:
	Numero di telefono:

- a) Invio della richiesta: inviare questo modulo tramite email a [spr@villabella.info](mailto:spr@villabella.info)  
b) Istruzioni: completare le informazioni della scheda ed allegare eventuali documenti a supporto (visite precedenti, farmaci)

RICHIESTA		Anamnesi, patologie ed allergie	
<input type="checkbox"/> Visita Specialistica	Sintesi anamnestica		
<input type="checkbox"/> Visita Multidisciplinare			
<input type="checkbox"/> Valutazione Infermieristica	Patologie acute in atto e croniche		
<input type="checkbox"/> Seconda Opinione			
<input type="checkbox"/> Visita Ecografica I livello			
<input type="checkbox"/> Visita Ecografica II livello			
<input type="checkbox"/> Palestra Robotica			
<input type="checkbox"/> Gait Analysis	Allergie e intolleranze		
<input type="checkbox"/> 6 Min. Walking Test			
<input type="checkbox"/> Valutazione movimento			
<input type="checkbox"/> Valutazione ortostatismo			

**Terapie in atto**  Allegato il Foglio Unico di Terapia (FUT) |  Riconciliazione farmacologica recente

Farmaco	Dosaggio	Posologia	8	12	14-16	18	20

Data compilazione

Timbro e firma del Medico

