



Modulo richiesta di presa in carico in regime di Accredитamento con il Sistema Sanitario Regionale

MO 52

Rev. 8

Data: 04/10/2019

CRC Balbuzie S.r.l. s.u.
C.C.I.A.A. Roma n.998741
P.IVA/C.F. n.06936541009

Sede operativa
Viale Beethoven, 56
00144 Roma

Sede legale
Viale Europa, 97
00144 Roma

info@crc-balbuzie.it
T. +39 06 59 10 595
F. +39 06 59 19 557



CRC Balbuzie s.r.l.
*Centro per la Ricerca e la Cura della Balbuzie e
dei Disturbi del Linguaggio e dell'Apprendimento*
P. Iva e C.F. 06936541009
Autorizzato con DCA n. U00542 del 13/12/2017
Accreditato SSR con DCA n. U00412 del 12/09/2013

Sede legale:

Roma - Viale Europa, 97
Tel. 06 59 10 595
Tel./Fax 06 59 10 557

Sede operativa:

Roma - Viale Beethoven, 56
Tel. 06 59 10 595
Fax 06 59 19 557

Amministratore Unico

Dott.ssa Donatella Tomaioli

Direzione Sanitaria

Dr. Lorenzo Cusano

Direttore Amministrativo

Dr. Francesca Del Gado

Sistema Gestione Qualità

Dott. Nicola Grassi

Internet:

www.crc-balbuzie.it

Mail:

info@crc-balbuzie.it

crc.balbuzie@pec.it

Orario del Centro:

Il Centro è aperto al pubblico tutti i giorni dal lunedì al sabato con il seguente orario
08.00 - 20.00

Eventuali variazioni apportate all'orario indicato verranno comunicate agli utenti
attraverso la bacheca aziendale posta in sala d'attesa e attraverso posta elettronica.

Gli utenti possono richiedere un colloquio privato con ciascuna delle figure di riferimento
del CRC concordando modalità e orario con la segreteria.

CRC Balbuzie S.r.l. s.u.
C.C.I.A.A. Roma n.998741
P.IVA/C.F. n.06936541009

Sede operativa

Viale Beethoven, 56
00144 Roma

Sede legale

Viale Europa, 97
00144 Roma

info@crc-balbuzie.it

T. +39 06 59 10 595
F. +39 06 59 19 557



1 Modalità di accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale

Gentile Utente, prima di procedere alla compilazione del presente modulo, vorremmo dedicasse qualche momento alla lettura delle modalità di accesso al trattamento riabilitativo. Il Decreto Regionale n. 319 del 06/07/2015 (che ha sostituito il comma 2 del punto 5.1 del precedente decreto, n. 39 del 20/03/2012) stabilisce che "L'accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale avviene tramite visita del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità, su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS), che indica la/e problematica/he clinica/he da valutare". Per i minori, la durata del Progetto Riabilitativo Individuale è definita in accordo con il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della Asl di residenza del paziente". La prescrizione autorizzativa deve avere una data di rilascio non inferiore ai 12 mesi rispetto alla data della presente richiesta.

La selezione del paziente dalla lista delle richieste avverrà pertanto in presenza della suddetta prescrizione, e secondo i seguenti ulteriori parametri di accesso:

- data della richiesta;
- età del paziente;
- patologia;
- condizioni sociali eventualmente segnalate dai servizi territoriali;
- competenze delle risorse disponibili del Centro correlate alla specificità per la patologia Balbuzie.

Ai fini della presa in carico, è necessario inviare tempestivamente e in forma scritta la nuova prescrizione, qualora quella precedente risultasse scaduta, nonché le relazioni cliniche attestanti un eventuale cambio di diagnosi (via mail a presaincarico@crc-balbuzie.it o via fax allo 06/5919557), utilizzando esclusivamente l'ultima pagina del presente modulo. Con le stesse modalità potranno essere comunicate tutte le altre variazioni amministrative (residenza, informazioni di contatto, responsabilità genitoriale, ecc). L'eventuale rinuncia alla presente richiesta di presa in carico deve essere comunicata – per iscritto – alla Segreteria del Centro (mail segreteria@crc-balbuzie.it).

Dott.ssa Donatella Tomaioli
Amministratore Unico

Per accettazione

(firma del paziente o di chi ne fa le veci)

Cognome e nome del paziente

(scrivere a stampatello)

CRC Balbuzie S.r.l. s.u.
C.C.I.A.A. Roma n.998741
P.IVA/C.F. n.06936541009

Sede operativa
Viale Beethoven, 56
00144 Roma

Sede legale
Viale Europa, 97
00144 Roma

info@crc-balbuzie.it
T. +39 06 59 10 595
F. +39 06 59 19 557



2 Autocertificazione della qualità di genitore-esercente la responsabilità genitoriale tutore/curatore/amministratore di sostegno (Art. 46-D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445) e consenso al trattamento dei dati personali (Art. 13 e 14 RUE 679/2016)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Prov _____
via _____ n° _____, consapevole delle sanzioni penali in caso di
dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi
degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA DI ESSERE (barrare la casella)

- Genitore titolare/esercente la responsabilità genitoriale
- Persona esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata
- Tutore/Curatore di minore
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

di _____ nato/a a _____ il _____

Alla presente, allega un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____, meglio sopra generalizzato, dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa prevista dagli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito denominato RUE 679/2016), e pertanto, consapevole del fatto che l'eventuale consenso avrà validità per ogni prestazione fruita presso il CRC Balbuzie,

presta il consenso al trattamento nega il consenso al trattamento

Data _____ Firma _____

(solo per il genitore esercente la responsabilità genitoriale) DICHIARA ALTRESI'

di procedere alla richiesta di presa in carico con il consenso dell'altro genitore, con la consapevolezza che una dichiarazione non veritiera potrà essere valutata eventualmente dal giudice quale motivo di modifica delle condizioni di affidamento.

Data _____ Firma _____

CRC Balbuzie S.r.l. s.u.
C.C.I.A.A. Roma n.998741
P.IVA/C.F. n.06936541009

Sede operativa
Viale Beethoven, 56
00144 Roma

Sede legale
Viale Europa, 97
00144 Roma

info@crc-balbuzie.it
T. +39 06 59 10 595
F. +39 06 59 19 557



3 Richiesta di Presa in carico

Il/La sottoscritto/a _____, meglio generalizzato nella pag. 2 del presente modulo:

RICHIEDE

la presa in carico riabilitativa presso questo Centro della persona di seguito indicata:

Cognome _____
Nome _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
Codice fiscale _____
Indirizzo di residenza _____
Cap, Città e Provincia _____
Municipio (solo per Roma) _____
Telefono fisso _____
Cellulare _____
Altro recapito _____
Indirizzo mail _____

Scuola asilo scuola d'infanzia elementare media superiore

Sostegno scolastico sì no A.E.C. sì no

Invalidità nessuna richiesta riconosciuta percentuale _____

con indennità di frequenza accompagnamento

Medico/Pediatra di base _____

Recapito telefonico _____

Data _____

Firma _____

La mancata compilazione di anche uno solo dei punti della parte sottostante comporterà la non accettazione della presente richiesta.

DIAGNOSI _____

CODICE ICD-9 (o ICD-10) _____

DATA PRESCRIZIONE _____

RILASCIATA DA _____

Allegati:

1) prescrizione del trattamento riabilitativo;

2) valutazioni cliniche

Data _____

Firma _____

CRC Balbuzie S.r.l. s.u.
C.C.I.A.A. Roma n.998741
P.IVA/C.F. n.06936541009

Sede operativa
Viale Beethoven, 56
00144 Roma

Sede legale
Viale Europa, 97
00144 Roma

info@crc-balbuzie.it
T. +39 06 59 10 595
F. +39 06 59 19 557



Il/la sottoscritto/a _____, meglio generalizzato nella pag. 2 del presente modulo:

autorizza non autorizza

il CRC Balbuzie ad inviare, laddove necessario, comunicazioni ufficiali relative esclusivamente alla presente richiesta all'indirizzo mail sopra fornito o a quello successivamente comunicato.

Data _____ Firma _____

Richiede infine che le informazioni medico/riabilitative e quelle amministrative vengano fornite, se dagli interessati richieste, esclusivamente ai seguenti nominativi (e comunque previa indicazione del numero di protocollo della seguente richiesta, indicato nello spazio sottostante):

Nome	Cognome	Data di nascita	Rapporto con il paziente

Data _____ Firma _____

(spazio sottostante riservato alla Segreteria)

Prot. _____ del _____

Si certifica che il dichiarante ha presentato documentazione clinica composta di _____ fogli. Copia del seguente modulo viene rilasciata al richiedente ed è valida come attestazione di presentazione della domanda.

Data _____ Timbro e Firma Addetto di Segreteria _____

CRC Balbuzie S.r.l. s.u.
C.C.I.A.A. Roma n.998741
P.IVA/C.F. n.06936541009

Sede operativa
Viale Beethoven, 56
00144 Roma

Sede legale
Viale Europa, 97
00144 Roma

info@crc-balbuzie.it
T. +39 06 59 10 595
F. +39 06 59 19 557



4 Aggiornamenti Clinici e Amministrativi

(da compilarsi obbligatoriamente in caso di rinnovo della prescrizione e/o di cambio di diagnosi)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Prov _____
via _____ n° _____, in riferimento alla richiesta di presa in carico
presentata in data _____ prot. _____ e relativa al minore:

_____ nato a _____ il _____,
allega alla presente, unitamente ad un proprio documento di riconoscimento in corso di validità,
copia degli aggiornamenti clinici relativi al minore stesso. Nello specifico:

- prescrizione relazione clinica (attestante il cambio di diagnosi)
 altro, specificare _____

***La mancata compilazione di anche uno solo dei punti della parte sottostante
comporterà la non accettazione del presente aggiornamento.***

DIAGNOSI _____
CODICE ICD-9 (o ICD-10) _____
DATA PRESCRIZIONE _____
RILASCIATA DA _____

In riferimento alla medesima richiesta di presa in carico, comunica altresì che sono variate le
seguenti informazioni amministrative:

Indirizzo di residenza _____
Cap, Città e Provincia _____
Municipio (solo per Roma) _____
Telefono fisso _____
Cellulare _____
Altro recapito _____
Indirizzo mail _____

Scuola asilo scuola d'infanzia elementare media superiore

Sostegno scolastico sì no A.E.C. sì no

Invalidità nessuna richiesta riconosciuta percentuale _____

con indennità di frequenza accompagnamento

Medico/Pediatra di base _____

Recapito telefonico _____

Altre informazioni utili _____

Data _____

Firma _____

CRC Balbuzie S.r.l. s.u.
C.C.I.A.A. Roma n.998741
P.IVA/C.F. n.06936541009

Sede operativa
Viale Beethoven, 56
00144 Roma

Sede legale
Viale Europa, 97
00144 Roma

info@crc-balbuzie.it
T. +39 06 59 10 595
F. +39 06 59 19 557