



Modulo Richiesta Presa in Carico in regime di Accredитamento con il Sistema Sanitario Regionale

MO 52

Rev. 10

Data: 07/06/2024

CRC Baluzie 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-baluzie.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 Tomaiuoli

Direzione Sanitaria

Dr. Lorenzo Cusano

Direzione dei Servizi

Dott.ssa Martina De Meis

Coordinamento Servizio in Regime di Accreditamento con il S.S.R.

Data Protection Officer

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 il sito internet, la bacheca aziendale e comunicazione mail.

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 **101/2020** ("Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale") stabilisce che *"l'accesso avviene tramite visita del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità o medico specialista in riabilitazione così come definito dal Piano di Indirizzo, su richiesta del medico di medicina generale o del medico pediatra di libera scelta, che indica la problematica da valutare. Per i minori, la durata del Progetto Riabilitativo Individuale è definita dai Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) della Asl di residenza del paziente, in accordo con il team riabilitativo multiprofessionale."*

Ai fini dell'inserimento della richiesta di presa in carico, dovrà pertanto essere consegnata una prescrizione rilasciata nell'ultimo anno, unitamente ad una relazione clinica che permetta di individuare il piano terapeutico più vicino all'esigenza clinica del paziente.

La selezione del paziente dalla lista delle richieste avverrà pertanto, oltre che in presenza della suddetta documentazione, anche attraverso la valutazione dei seguenti ed ulteriori parametri:

- budget predisposto annualmente dalla Regione Lazio;
- competenze delle risorse disponibili del Centro correlate alla specifica patologia del paziente.
- data della richiesta;
- età del paziente;
- patologia;
- condizioni sociali eventualmente segnalate dai servizi territoriali;

Ai fini della presa in carico, è necessario inviare tempestivamente a presaincarico@crc-balbuzie.it la nuova prescrizione, qualora quella precedentemente presentata risultasse scaduta e/o la relazione clinica aggiornata, in caso di cambio diagnosi o variazione del quadro clinico, utilizzando esclusivamente la pagina 5 del presente modulo. Con le stesse modalità potranno essere comunicate tutte le altre variazioni amministrative (residenza, informazioni di contatto, responsabilità genitoriale, ecc), nonché l'eventuale rinuncia alla richiesta di presa in carico.

Per tutti coloro che abbiano già provveduto all'inserimento in lista d'attesa (secondo le modalità indicate sopra), il offre un servizio gratuito di **sportello telefonico** al quale rivolgersi per informazioni sullo scorrimento della lista d'attesa e aggiornamenti della documentazione. Lo sportello è operativo nei giorni e agli orari indicati sul nostro sito (<https://www.crc-balbuzie.it/presa-in-carico>), previo appuntamento da prenotare tramite apposito form.

Dott.ssa Donatella Tomaiuoli
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 sezione 2 del presente modulo:

RICHIEDE

la presa in carico riabilitativa dell'utente di seguito indicato:

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 _____

Scolarizzazione asilo scuola d'infanzia primaria secondaria di I grado secondaria di II grado università

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

Invalità 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 _____

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 sezione 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 o di variazione del quadro clinico)

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
 altro, specificare _____

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

DIAGNOSI _____
DATA AGGIORNAMENTO _____
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 _____

Scolarizzazione asilo scuola d'infanzia primaria secondaria di I grado secondaria di II grado università

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

Invalità nessuna richiesta riconosciuta percentuale _____
con indennità di frequenza accompagno

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