

Modulo per richiesta di visita presso l'ambulatorio DAMA

Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Disabilità	
Familiare/caregiver con Contatti	
Tutore legale	
Dove abita? (famiglia,RSD,diurno)	
Medico di base	
Specialista di riferimento	
Problema attuale	
Qual è la richiesta di prestazione?	
Capacità di comprensione/comunica zione	
Qual è il Comportamento tipico?	
E' collaborante?	
Situazioni da evitare	
Difficoltà sensoriali	
Difficoltà motorie	
Comportamenti che facilitano l'approccio	
Eventuali ausili	

Luogo/data: _____

Firma del genitore/titolare della patria potestà