



ASL BT

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE
UOC Sovradistrettuale

Sede: _____

OGGETTO : verifica richiesta di proroga trattamento riabilitativo ambulatoriale domiciliare

ASSISTITO

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita

Comune e indirizzo di residenza

DIAGNOSI

GIUDIZIO SULLA RICHIESTA DI PROROGA

- Si conferma
- Si conferma con variazione della proposta *
- Non si conferma

* VARIAZIONI DEL PRI

- Domiciliare
- Ambulatoriale
- Altro

Frequenza settimanale

- KT
- OT
- PM
- LT
- Altre indicazioni

Luogo e data

Dirigente Medico