MODULO PER LE TERAPIE RIABILITATIVE PER DISABILITA' COGNITIVE, MOTORIE, DEL LINGUAGGIO_MOD.RIAB. (SEZ.17)

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CHIRURGO CON SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA, NEUROPSICHIATRIA, NEUROLOGIA,CARDIOLOGIA, ONCOLOGIA O OTORINOLARINGOIATRIA.

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ DATA NASCITA (GG/MM/AAAA) _____

CODICE FISCALE _____ NATO A _____ PROV. (sigla _____

DIAGNOSI (indicare la patologia per cui viene prescritta la terapia)

_____

COD.	PIANO TERAPEUTICO indicare accanto alla prestazione da eseguire la quantità di prestazioni da eseguire si intende il numero, non ciclo o sedute	QUANTITÀ (ore)
6169	Intervento di riabilitazione cognitiva/neurocognitiva (a ora)	
6170	Intervento di riabilitazione logopedica (a ora)	
6171	Intervento di riabilitazione psicomotoria (individuale/di gruppo) (a ora)	
6172	Intervento terapeutico ABA (Applied Behaviour Analysis) a ora (sino al compimento del 16° anno di età)	

Nome e cognome del medico specialista _____

Titolo di specializzazione _____

Timbro e firma del medico specialista _____

Data___/___/_____