







CASA DELL'ANZIANO  
MASSIMO LAGOSTINA

---

.....  
Esami strumentali eseguiti (allegare eventuale referto)

ECG  Risonanza magnetica  TC  Elettromiografia  Ecografia .....

Terapia in atto .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Luogo in cui si trova attualmente il paziente.....

Precedenti ricoveri in Ospedali per acuti.....

Precedenti ricoveri per riabilitazione sì  no   
Se sì indicare quando.....

Obiettivo riabilitativo .....

.....  
.....  
.....

Il medico proponente dichiara formalmente che le informazioni contenute nel presente modulo corrispondono a verità

Data.....

Recapito telefonico del medico.....

Il medico proponente  
.....