

# VALUTAZIONE SANITARIA

relativa al/alla Sig./Sig.ra

Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

## *SINTESI ANAMNESTICA E SITUAZIONE CLINICA PRESENTE*

---

---

---

---

## *ESAME OBIETTIVO*

---

---

---

---

## *TERAPIA*

---

---

---

---

## *TRATTAMENTI LOCALI / ALTRE INDICAZIONI*

---

---

Non si evidenziano pertanto condizioni patologiche che controindichino l'inserimento in strutture comunitarie del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Timbro/firma

\_\_\_\_\_

Si autorizza il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

a partecipare alle sedute di riabilitazione neuromotoria di gruppo.

Timbro/firma

\_\_\_\_\_

Preganziol, lì \_\_\_\_\_

