



via Venasca, 16 - 10138 TORINO

P.IVA 07283360019 Tel 011-4386140 www.easylabs.it ufficio@easylabs.it

Scheda raccolta dati utente per richiesta consulenza

{Vi preghiamo di voler compilare e fornirci quante più informazioni possibili per poter meglio rispondere alle Vostre necessità. Questo modulo riguarda sia utenti di età pediatrica che adulti. Una volta compilato questo documento restituitelo via email}

{Se li aveste a disposizione potete anche inviarci link dei video del paziente, o una email tramite sistemi simili a wetransfer.com (funziona anche da cellulare) all'indirizzo ufficio@easylabs.it, per meglio documentare la condizione attuale del paziente e la postura e le sue capacità ed il livello di motivazione attuale}

{Questo modulo è disponibile anche come foglio di calcolo, se preferite averlo in questo formato, fatecene richiesta via email}

a) **RICHIEDENTE**

Nome e cognome:

Ente/Asl:

Tel:

E-mail:

Grado di parentela/ruolo {in relazione all'utente}:

b) **UTENTE**

Nome e Cognome:

(per la privacy potete omettere questa informazione, vi chiediamo però di indicarci le iniziali o un nome fittizio)

Data e luogo di nascita:

(per la privacy potete omettere questa informazione, vi chiediamo però di indicarci l'età in modo approssimativo)

Residenza/Domicilio:

(per la privacy potete omettere questa informazione)

{Se in età scolare} Classe frequentata:

Insegnante di sostegno: sì no

c) **Obiettivo della consulenza:**

(Specificare cosa ci si richiede)

.....

.....

.....

La medesima richiesta é stata posta ad altri in precedenza?

sì no

f) Ausili in suo attualmente ed utilizzati precedentemente:

(Specificare cosa e per quanto tempo)

g) Materiali informatici in uso:

PC sì no Windows iOS/Apple
 Tablet sì no iOS Android Windows
 Smartphone sì no iOS Android

Altro

.....

h) **Internet** È presente connessione al domicilio del paziente? Sì No
 specificare di che tipo ADSL FIBRA Via cellulare altro (spec)

i) CAREGIVERS

Figura responsabile del progetto riabilitativo (nome, riferimento, email):

.....

.....

Professionisti (fisiatra, neurologo, psicologo, logopedista, fisioterapista, tnpee, educatori, altri) che seguono l'utente: chi, ente, frequenza:.....

.....

.....

Contatto dei medesimi per una possibile collaborazione

.....

.....

l) **MOTIVAZIONE** Secondo il richiedente la consulenza, il paziente accetterebbe e sarebbe disponibile ad utilizzare un eventuale ausilio identificato nel corso di questa consulenza?
 Sulla base di quali elementi si basa questo parere?

m) FORNITURA

Chi finanzierebbe le eventuali forniture/formazione?

SSN Scuola Di tasca propria Nonni/ zii/famiglia allargata

Altro

Se non fosse possibile contare su finanziatori esterni, sarebbe possibile per i familiari farsi carico della spesa di un eventuale percorso da svolgere con EASY LABS?

.....

.....

n) **LUOGO CONSULENZA**

Specificare dove si vorrebbe che venisse svolta la consulenza ed orari di preferenza

Ente/ragione sociale/Cognome {sul citofono}	
Via/corso/viale	
Città	cap
telefono	email
Fascia oraria preferita {se possibile cercheremo di rispettarla}	

Firma leggibile

Luogo e data: