

Data _____

MODULO A.F.A. NEUROLOGICO

attività fisica adattata

da compilare in ogni sua parte dal Professionista Sanitario

Gentile signore/a _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

data ultimo evento traumatico _____

utilizza ausili? si no Se si quali? _____

Verificato che risponde ai seguenti requisiti:

1. autonoma nell'utilizzare i servizi igienici,
2. autonoma nel gestire la propria persona,
3. presenta rigidità che permettono di effettuare i trasferimenti,
4. comprende ciò che le viene detto;

le consiglio la partecipazione ad un programma di attività fisica adattata neurologica. Si informa che l'assistito presenta le seguenti particolarità:

Parkinson: alta performance bassa performance

Esiti stabilizzati di ictus: alta performance bassa performance

Il presente modulo compilato va consegnato all'atto dell'iscrizione in Uisp per maggiori informazioni occorre telefonare alla UISP al numero 0522-267230 il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9,00 alle 12,00. La UISP si trova in via Tamburini, 5 Reggio Emilia (di fronte all'entrata dell'area ex San Lazzaro).

Dott. _____

(timbro e firma del Professionista Sanitario)

scaricabile dal sito www.uisp.it/reggioemilia/ CORSI E ATTIVITA'/AFA