



Data _____

MODULO A.F.A. NEUROLOGICA (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

Esoni 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 267220 dal lunedì al 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
<https://www.uisp.it/reggioemilia/pagina/afa-attivit-fisica-adattata>