



RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA

All'Azienda U.S.L. _____

Via _____

Città _____

Il/sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

residente a.....via.....Tel.....

Cod. Fiscale.....

chiede che gli venga rilasciata l'autorizzazione alla fornitura di.....

.....

come indicato da:

prescrizione medica

preventivo

scheda progetto

(indicare la voce che interessa)

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- 1) *copia certificati di invalidità;
- 2) *copia ricevuta istanza di riconoscimento di invalidità con accompagnio;
- 3) *certificato di residenza in carta semplice o autocertificazione;
- 4) prescrizione medico-specialista;
- 5) preventivo di opera rilasciato dall'Azienda iscritta nell'elenco regionale;
- 6) scheda progetto per presidi ortopedici costruiti su misura;
- 7) delega rilasciata al Sig./Sig.ra.....

*(da allegare solo in caso di prima prescrizione)

N.B. - Il sottoscritto si impegna, ai sensi del "D.M. 332/99", ad effettuare il collaudo obbligatorio entro 20 giorni dall'avvenuta consegna ed a restituire a fine utilizzo, l'ausilio, correttamente gestito, all'AUSL di residenza.

Data.....

Firma del richiedente.....



MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI FORNITURE PROTESICHE

ASSISTITO:

Cognome.....Nome.....
(Dati Anagrafici presenti sul frontespizio, controfirmati dall'assistita/o).

VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE

DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA

PRESCRIZIONE DEL PRESIDIO

CODICE

SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO

TEMPI D'IMPIEGO

- ore nella giornata _____
- giorni nella settimana _____
- settimane nell'anno _____
- altro _____

CONTROINDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO

- espressamente esplicitate all'utente _____
- altre _____

MODALITÀ DI CONTROLLO

- data 1° controllo _____
- data controllo successivo _____

VARIAZIONI POSSIBILI NEL TEMPO

- entro i limiti prescritti dal nomenclatore
- POSSIBILI NON POSSIBILI
- altro _____

Data _____

Medico Specialista

.....
(Timbro e Firma)