

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577
U.O.C. Distretto 1 Rieti Antrodoco S. Elpidio
Il Referente: Dott. ssa Pasqualina Cicconetti

RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA

Il/sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ via/piazza _____ n° _____
e domiciliato a _____ via/piazza _____ n° _____
Tel. _____ Cod. Fiscale _____

CHIEDE

che gli venga rilasciata l'autorizzazione alla fornitura di _____

come indicato da: **(indicare la voce che interessa)**

- prescrizione medica
- preventivo scheda
- progetto

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- 1) *copia certificati di invalidità;
- 2) *copia ricevuta istanza di riconoscimento di invalidità con accompagnamento;
- 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

*(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 _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
 Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
 C.F. e P.I. 00821180577

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

<p>TEMPI D'IMPIEGO</p> <p>- ore nella giornata _____</p> <p>- giorni nella settimana _____</p> <p>- settimane nell'anno _____</p> <p>- altro _____</p>	<p>CONTROINDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO</p> <p>- espressamente esplicitate all'utente</p> <p>_____</p> <p>- altre _____</p>
<p>MODALITÀ DI CONTROLLO</p> <p>- data 1° controllo _____</p> <p>- data controllo successivo _____</p>	<p>VARIAZIONI POSSIBILI NEL TEMPO</p> <p>- entro i limiti prescritti dal nomenclatore</p> <p><input type="checkbox"/> POSSIBILI <input type="checkbox"/> NON POSSIBILI</p> <p>- altro _____</p>

Data _____

Medico Specialista

(Timbro e Firma)