MODULO PER RICHIESTA PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA

(D.M.Sanità 27/08/1999 n. 332)

1) PRESCRIZIONE

Data .....

Assistito (*nome e cognome*) .....

Nato a ..... il .....

cod. fisc. o tessera san. n. .....

Diagnosi .....

necessita della/e seguente/i protesi/ausili

..... cod. .....

..... cod. .....

..... cod. .....

..... cod. .....

eventualmente riconducibili a .....

per ❑ prima fornitura ❑ riparazione

❑ sostituzione per: ❑ usura ❑ danni irreparabili ❑ inadeguatezza nuovi bisogni dell'assistito

2) PROGRAMMA TERAPEUTICO

1. Significato terap. e riabil. dell'ausilio .....

2. Tempi e durata di impiego dell'ausilio .....

3. Modalità di verifica dell'ausilio in relazione all'andamento del programma terapeutico .....

4. Controindicazioni e limiti d'impiego .....

Il Medico prescrittore
(timbro e firma)

.....

Il Responsabile Sanitario
(timbro struttura e firma)

.....

3) PREVENTIVO DITTA _____

(nome e cod. fiscale Ditta)

CODICE	DESCRIZIONE	PREZZO
		TOTALE

Data .....

.....
timbro e firma titolare

4) AUTORIZZAZIONE

Prot. n. .... vista la prescrizione e il preventivo

autorizza per euro .....

MEDICO INCARICATO
(timbro e firma)

Fornitura con riserva di proprietà ❑ SI ❑ NO ❑ RIPARAZIONE

DICHIARAZIONE COLLAUDO FAVOREVOLE

Data .....

IL MEDICO SPECIALISTA
(timbro e firma)

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E GRADIMENTO

Data ..... Firma assistito o chi per esso

.....

ORIGINALE valido per ottenere pagamento

FACSIMILE