

REGIONE PIEMONTE - ASSESSORATO ALLA SANITÀ E ALL'ASSISTENZA
Fornitura dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) ai sensi D.M. 27/08/99, n. 332

PRESCRIZIONE E PROGRAMMA TERAPEUTICO

A.S.L. N° A.O./STRUTTURA ACCREDITATA

Assistito

Nato a il

Residente a Via Tel.

Diagnosi

Prescrizione dispositivi

Codici

Eventuali aggiuntivi

Codici

Tempo di impiego del presidio, parziale o totale Modalità di controllo

Variazione prevedibile nel tempo

Possibili controindicazioni e limitazioni di impiego

Significato terapeutico riabilitativo

.....

Data Il Medico Specialista Competente
(timbro e firma)

PREVENTIVO

Azienda abilitata in caso di fornitura esterna Preventivo n°

Codificazione

.....

.....

.....

Data
(timbro e firma)

AUTORIZZAZIONE

a cura dell'A.S.L. di Residenza dell'Assistito

A.S.L. N° Prot. N°

Vista la prescrizione si autorizza:

la fornitura/riparazione secondo preventivo per l'importo complessivo di €

la fornitura attraverso comodato gratuito

Data Il Responsabile Distretto/AST
(timbro e qualifica)

FORNITURA

Dichiaro di aver consegnato il dispositivo e i suoi eventuali aggiuntivi come da preventivo

Data
(timbro e firma azienda abilitata o magazzino A.S.L. - Assistenza Protetica)

Dichiaro di ricevere il dispositivo e i suoi eventuali aggiuntivi, dichiaro altresì di essere al corrente di dover effettuare il collaudo entro 20 gg dalla data di consegna, presso lo specialista prescrittore.

La mancata effettuazione per inadempienza e senza giustificato motivo renderà a mio carico la spesa.

Data
(L'interessato o chi ne fa le veci)

COLLAUDO

A.S.L. N° / AZIENDA OSPEDALIERA

Accertata la congruenza clinica e rispondenza del dispositivo e i suoi eventuali aggiuntivi a quanto prescritto

Data Il Medico Specialista Competente