

REGIONE PIEMONTE - ASSESSORATO ALLA SANITÀ E ALL'ASSISTENZA

Fornitura dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) ai sensi D.M. 27/08/99

A.S.L. TO5 - 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)

Azienda abilitata in caso di fornitura esterna Preventivo N°

Codificazione

Data
(Timbro e firma)

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'imposto complessivo di €

la fornitura attraverso comodato d'uso

Data Il Responsabile Distretto/AST
(Timbro e firma)

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

Data
(Timbro e firma aziendale abilitata o magazzino A.S.L. - Assistenza Protetica)

Dichiaro di ricevere il dispositivo o 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.

A.S.L. N° A.O./STRUTTURA ACCREDITATA

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

Data Il Medico Specialista Competente
(Timbro e firma)