

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA /5

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI EXTRANOMENCLATORE

D.M. 332/99 Art. 1 Comma 5 e DPCM 12/01/2017 Art. 18 Comma 8

SI CERTIFICA CHE

L'assistito: Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____

Residenza Via _____ n. _____ comune _____ prov. _____

Codice Fiscale _____ telefono _____

AFFETTO/A DALLA SEGUENTE GRAVE PATOLOGIA:

(diagnosi circostanziata, che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito)

(allegare eventuale opportuna documentazione clinica di supporto a quanto sopra relazionato)

NECESSITA E PERTANTO SI PRESCRIVE

il seguente AUSILIO/ORTESI/PROTESI/MATERIALE DI CONSUMO

TIPO

(barrare una delle due opzioni)

SPECIFICO SI NO

Se "si" esplicitare le motivazioni della specificità e conseguente "esclusività" di quanto richiesto e gli elementi che non ne permettono la fornitura in ragione di compatibilità per caratteristiche tecniche, tipologia, efficacia

COMPATIBILE SI NO Se "si" specificare le caratteristiche tecniche, la tipologia di quanto richiesto che per compatibilità possono essere richieste a più fornitori:

