

ALL'UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. _____

fornitura protesi D.M. Sanità 27.8.99 n. 332

1) PRESCRIZIONE

Data _____

Sig./Sig.a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ Cod. Fisc. _____
Tess. San. _____

Protesi prescritta/codice nomenclatore _____

Eventuali aggiuntivi _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO (COMPILAZIONE OBBLIGATORIA)

- Tempi di impiego del presidio, parziale o totale _____
- Modalità di controllo _____
- Variazioni prevedibili nel tempo _____
- Possibili controindicazioni e limitazioni di impiego _____
- Significato terapeutico e riabilitativo _____

NEL CASO DI RICHIESTA DI FORNITURA SUCCESSIVA ALLA PRIMA TRASCORSI I TEMPI MINIMI DI RINNOVO, DICHIARARE SE:

- Il presidio precedentemente fornito è ancora idoneo: SI NO
- È riparabile: SI NO
- Nel caso di richiesta di 2ª fornitura prima della scadenza dei tempi minimi di rinnovo allegare dettagliata relazione.
- Motivazioni della riparazione: _____

IL MEDICO SPECIALISTA
(TIMBRO E FIRMA)

IL RESPONSABILE SANITARIO
(TIMBRO STRUTTURA E FIRMA)

È obbligatorio unitamente alla presente trasmettere la diagnosi in busta chiusa, all'Ufficio Protesi e Ausili della Sede U.L.S.S. in via Rasa, 9 - 36016 THIENE (VI)

2) PREVENTIVO

CODICE	DESCRIZIONE	PREZZO
	TOTALE	

Data _____

NOME E COD. FISC. DITTA - TIMBRO E FIRMA DEL TITOLARE

3) AUTORIZZAZIONE

ULSS n. _____ prot. n. _____ data _____

IL RESPONSABILE ULSS
(TIMBRO E FIRMA)

Vista la prescrizione ed il preventivo si autorizza per € _____

Fornitura con riserva di proprietà: SI NO RIPARAZIONE

I beni forniti con riserva di proprietà alla cessazione dell'uso devono essere restituiti al magazzino protesi e ausili

4) DICHIARAZIONE DI COLLAUDO

IL MEDICO SPECIALISTA
(TIMBRO E FIRMA)

Data _____

4) DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E DI GRADIMENTO

FIRMA DELL'ASSISTITO

Data _____

È compito dell'assistito ottenere la dichiarazione di collaudo entro 20 gg. dalla fornitura dell'ausilio per non incorrere in eventuali sanzioni.

(UNICO ESEMPLARE VALIDO PER OTTENERE IL PAGAMENTO)