

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 “sì” 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 “sì” specificare le caratteristiche tecniche, la tipologia di quanto richiesto che per compatibilità possono essere richieste a più fornitori:

CARATTERISTICHE TECNICHE: (Dare una descrizione dettagliata, che permetta: l'identificazione precisa di quanto richiesto e la conseguente corretta acquisizione o allegare scheda tecnica con il timbro e la firma leggibile dello specialista prescrittore)

PER L'ATTUAZIONE DEL SEGUENTE PROGRAMMA TERAPEUTICO E RIABILITATIVO:

PREVEDIBILE DURATA DI IMPIEGO DEL DISPOSITIVO: (precisare anche in caso di non prevedibilità della durata circostanziandone i motivi) _____

La presente prescrizione è "Urgente prima di dimissione" SI ☐ NO ☐

Se SI indicare la data presunta delle dimissioni: _____

SI DICHIARA

DI ESSERE A CONOSCENZA DELLE POSSIBILI RESPONSABILITÀ CONTABILI PER DANNO ERARIALE PER RICHIESTA DI DISPOSITIVI MEDICI O DI ALTRO MATERIALE SANITARIO EXTRATARIFFARIO CONSIDERATO INDISPENSABILE

DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PER IL CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI NONCHE' PER IL CASO DI FORMAZIONE E/O USO DI ATTI FALSI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445.

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore