

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DEGLI AUSILI/ORTESI/PROTESI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Diagnosi Circostanziata

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausili/Ortesi Protesi

Descrizione

Codice ISO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aggiuntivi

Codice ISO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Programma terapeutico e riabilitativo di utilizzo del dispositivo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Controindicazioni e limiti di impiego

Tempi di impiego

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro struttura di appartenenza  
e del medico prescrittore

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_