

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

____/____/____
