

**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 “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
