MODULO PRESCRIZIONE AUSILI RIABILITATIVI

Regione Toscana - Azienda USL Toscana Nord Ovest

Prescrizione e/o riparazione di presidi contenuti nel vigente nomenclatore tariffario delle protesi a cura di un medico specialista della ASL o di un presidio sanitario pubblico ai sensi del decreto Ministero della Sanità 27.08.1999 n. 332 e successive modifiche.

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ Via _____

Comune _____ tel. _____

DIAGNOSI

_____

_____

DISPOSITIVI RICHIESTI *(descrizione)*	CODICI	QUANTITA'

NOTE: _____

_____

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Previsione dei tempi di impiego del dispositivo _____

Modalità di controllo _____

Variazioni prevedibili nel tempo _____

Possibili controindicazioni e limiti di impiego _____

Significato terapeutico _____

NEL CASO DI RICHIESTA DI FORNITURA SUCCESSIVA ALLA PRIMA O ANTICIPATA RISPETTO AI TEMPI PREVISTI

(fornire una sintetica motivazione)

_____

_____

_____

Data _____ **Timbro e firma dello specialista**

Il sottoscritto:

☐ ✍Acconsente a autorizza al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati n.679 del 27.04.2016 Parlamento Europeo e del Consiglio (art.4 punto 10 e 29)., e la comunicazione a terzi di quanto lo riguarda nell'ambito delle rispettive attività istituzionale per le finalità della presente richiesta.

☐ ✍Nel caso di assistito minore: acconsente e autorizza al trattamento dei propri dati personali e sensibili e di quelli del/la proprio/a figlio/a ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati n.679 del 27.04.2016 Parlamento Europeo e del Consiglio (art.4 punto 10 e 29), e la comunicazione a terzi di quanto lo riguarda nell'ambito delle rispettive attività istituzionale per le finalità della presente richiesta.

FIRMA _____

Regione Toscana Azienda USL Toscana Nord Ovest

Prot/Aut. n. _____ **del** _____ **(*vedi autorizzazione allegata*)**