

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)