

**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESI AUSILI**

Cognome	Nome	Telefono
Cod.Fisc.	Data di nascita	A.S.L.
Luogo di residenza	Via	C.A.P.
		Invalidità <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

**VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE**

**DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA**

**DESCRIZIONE DEL PRESIDIO**

**CODICE**

Aggiuntivi :

**PROGETTO RIABILITATIVO E SIGNIFICATO TERAPEUTICO**

**TEMPI D'IMPIEGO**

**CONTROINDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO**

ORE  GIORNI  SETTIMANE

(espressamente indicati all'utente)

**VERIFICA DISPOSITIVO**

**VARIAZIONI POSSIBILI NEL TEMPO**

Data 1° Verifica  /  /       Verifica successiva  /  /

Possibili       non possibili

\* Nel caso di rinnovo del presidio prima dei tempi previsti indicare dettagliatamente i motivi \_\_\_\_\_

\* Nel caso di fornitura successiva alla prima, indicare se :  
 \* Il presidio precedentemente fornito è ancora idoneo.   
 \* Il presidio è riparabile.

Timbro Struttura di appartenenza e del Medico prescrittore	Il Medico Specialista
Data _____	