



# ASSISTENZA PROTESICA PRESCRIZIONE PRESTAZIONI

## DATI UTENTE

Codice Fiscale                      Sesso  M  F

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Cod. Comune \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Domicilio sanitario (se differente da residenza) \_\_\_\_\_

## Diagnosi

Diagnosi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Codifica diagnosi:	Descrizione	Cod. ICD - 9 - CM
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Prestazioni

Descrizione	Codice ISO	Q.tà	Ricond.	Rinnovo
_____	---.---.---.---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	---.---.---.---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	---.---.---.---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	---.---.---.---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	---.---.---.---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adattamenti / Personalizzazioni / Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dati di rinnovo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Programma terapeutico

Programma terapeutico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Contesto

- Visita specialistica ambulatoriale  Programma regionale "Comunicatori"  Servizi Sanitari di Assistenza Domiciliare  
 Dimissione ospedaliera con contestuale necessità e urgenza della prescrizione di ausili

**L'utilizzatore del presidio/ausilio prescritto e/o coloro che lo assistono sono stati adeguatamente informati circa le caratteristiche funzionali e riabilitative di quanto prescritto.**

*Timbro  
Medico Prescrittore*

Data

Firma