

REGIONE PIEMONTE – ASSESSORATO ALLA SANITA'  
Fornitura dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) ai sensi D.M. 27/08/99

IZIONE E PROGRAMMA TERAPEUTICO

A.S.L. N° .....202..... A.O./STRUTTURA ACCREDITATA .....  
Assistito.....nata To 04/12/18  
Residente a .....To..... C.so Lombardia 115 tel 011 7391550 .....  
Diagnosi :diabete, ipertesa, bpco, ced vertebrali  
Prescrizione dispositivi : carr t stab 122106039,, doppia crociera 122403118, c pett 122406136, lg 46 cm seduta 122406175  
Codici br ridotto 122406172, der 122421106  
Eventuali aggiuntivi ...  
Codici : cuscino A/d comp 033303006, mater cpr aria 033306018  
Tempo di impiego del presidio, parziale o totale ... ..totale Modalità di controllo .....v. geriatrica, neurologica  
Variazione prevedibile nel tempo .....stazionario.....  
Possibili controindicazioni e limitazioni di impiego no.....  
Significato terapeutico riabilitativo ausilio per spostamenti e antidecubito  
Data 28/07/14..... Il Medico Specialista Competente

PREVENTIVO

Azienda abilitata in caso di fornitura esterna ..... Preventivo n° .....  
Codificazione .....  
Data .....

AUTORIZZAZIONE

a cura dell'A.S.L. di Residenza dell'Assistito  
A.S.L. N° ..... Prot. N° .....  
Vista la prescrizione si autorizza:  
 la fornitura/riparazione secondo preventivo per l'importo complessivo di L. ....  
pari a € .....  
 la fornitura attraverso comodato d'uso – Per accettazione .....  
Data ..... Il Responsabile Distretto/AST .....  
(firma)  
(timbro e firma)

COLLAUDO FORNITURA

Dichiaro di aver consegnato il dispositivo e i suoi eventuali aggiuntivi come da preventivo  
Data .....  
(timbro e firma azienda abilitata o magazzino A.S.L.- Assistenza Protetica)  
Dichiaro di ricevere il dispositivo o i suoi eventuali aggiuntivi, dichiaro altresì di essere al corrente di dover effettuare il collaudo entro 20 gg. dalla data di consegna, presso lo specialista prescrittore.  
La mancata effettuazione per inadempienza e senza giustificato motivo renderà a mio carico la spesa.  
Data .....  
(assistito o chi ne fa le veci)

A.S.L. N° ..... / A.O. / STRUTTURA ACCREDITATA  
.....Accertata la congruenza clinica e rispondenza del dispositivo e i suoi eventuali  
aggiuntivi a quanto prescritto  
Data ..... Il Medico Specialista Competente