



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI
Via dei Vestini Palazzina N – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

**MODULO DI PRESCRIZIONE E PIANO RIABILITATIVO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE PER
L'EROGAZIONE DI DISPOSITIVI PROTESICI (Allegato 12 DPCM 12/01/2017)**

N.B.: il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti a pena di irricevibilità.

Cognome e Nome _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
M.M.G. _____

PIANO RIABILITATIVO ASSISTENZIALE:

1. Patologia/lesione che ha determinato la menomazione

Diagnosi funzionale (indicazione delle specifiche disabilità)

Descrizione del Programma di trattamento ed esiti attesi

2. Modi e Tempi d'uso del Dispositivo

3. Necessità di aiuto o supervisione nell'impiego ☐ SI ☐ NO

4. Controindicazioni/limiti di utilizzo

5. Modalità/tempi di follow up di verifica degli esiti ottenuti nell'impiego

☐ A 3 MESI ☐ A 6 MESI ☐ _____ (SPECIFICARE)

6. Tipologia di richiesta ☐ ORDINARIA ☐ URGENTE

(motivare: _____)

PRESCRIZIONE

DISPOSITIVO	CODICE	MOTIVAZIONE PERSONALIZZAZIONE (LADDOVE NECESSARIA)

Richiamate le comunicazioni relative agli interessi finanziari e le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse, rilasciate per l'annualità in corso e conservate agli atti d'ufficio, il sottoscritto attesta altresì l'assenza di situazioni di conflitto di interesse (anche solo potenziale) nel procedimento in oggetto.

IL MEDICO SPECIALISTA A.S.L. (1)

Timbro e firma

Data _____

(1) Indicare anche la branca di specializzazione in relazione al tipo di presidio prescritto.