AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
VIA NAPOLI, 8 72100 BRINDISI - CASALE
www.asl.brindisi.it

RICHIESTA PROTESI

1)
Assistito..... Tel. .....
Nato a ..... il ..... A.U.S.L. di appartenenza .....
Residente a ..... in via ..... n. .....

2)
PIANO RIABILITATIVO
(a norma dell'art. 5 del D.M. 28.12.1992)

A) Diagnosi circostanziata:

.....
.....
.....
.....
.....

B) Programma terapeutico (tempi d'impiego, controlli, variazioni, controindicazioni, significato riabilitativo fisico o psichico, ecc.):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C) Prescrizione dettagliata della protesi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VISTO DI CONVALIDA (timbro e firma) — IL MEDICO PRESCRIVENTE (timbro e firma)

*Data*_____

SPEDIZIONE: Bolla di spedizione N. .....
del ..... *Ufficio Postale* .....

COMUNICAZIONE DELL'AVVENUTA CONSEGNA
(a norma dell'art. 6 del D.M. 28.12.1992)

Raccomandata N. .....
Ufficio Postale .....
Data ..... L'OFFICINA ORTOPEDICA .....

3) Fornitore prescelto dall'Assistito .....
.....
.....
Firma dell'Assistito .....
.....
.....

CODICE	Q	PREZZO	IMPORTO

TIMBRO E FIRMA DEL FORNITORE

AUTORIZZAZIONE:
A.U.S.L. .....
in relazione alla prescrizione di cui al punto 2) si autorizza
la FORNITURA / RIPARAZIONE della protesi per l'importo di € ..... (in cifre)
€ (..... (in lettere))
Non si autorizza per .....
.....
con riserva di proprietà ☐ SI ☐ NO
Data ..... IL RESPONSABILE (timbro e firma)
Prot. N. .....

COLLAUDO (a norma art. 6 D.M. 28-12-1992)
Data .....

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E DI GRADIMENTO
L'ASSISTITO (o chi ne fa le veci)
Data ....
Estremi docum. riconoscimento .....

Mod. PRIAB./1 - TIPOLITOGRAFIA EDITRICE BRINDISINA - Acerbulli s.r.c.

ORIGINALE DA ALLEGARE ALLA FATTUR