SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
75100 MATERA

Servizio Assistenza Sanitaria
Ufficio Protesi e Riabilitazione
Via Montescaglioso
Tel. 0835/253678 Matera

Assistenza protesica

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

2) **PIANO RIABILITATIVO**
(a norma art. 2 del D.M. 2-3-1984)

A) Diagnosi circostanziata:

_____
_____
_____
_____

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

_____
_____
_____
_____
_____

C) Prescrizione dettagliata della protesi:

Codice n°: _____
_____
Codice n°: _____
_____
Codice n°: _____
_____
Codice n°: _____
_____
_____
_____

D) Per le forniture successive alla prima, si prescrive:
❒ La sostituzione del presidio (o protesi) per il seguente motivo _____
_____
_____

LO SPECIALISTA DELLA U.S.L.

_____
(timbro e firma)

data _____

Ditta fornitrice _____
_____

PREVENTIVO DI SPESA

N. codice	Spesa
TOTALE	

data _____

_____
(timbro e firma)

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 - MATERA

Prot. n. _____ *data* _____

Si autorizza: con riserva di proprietà

SI NO

IL SANITARIO _____ *IL PRESIDENTE* _____

Visto per il benestare di collaudo

_____
(timbro e firma del Sanitario)

data _____

Dichiarazione di ricevuta e di gradimento:
Il ricevente o chi ne ha la tutela in caso di soggetti privi di capacità giuridica.

firma _____

data _____

Cod. E-3527 - Tip. Publidea Policoro MT

(1) La protesi richiesta deve essere dettagliatamente descritta compresi eventuali aggiuntivi.

(*) Ove la prescrizione venga effettuata dal medico di fiducia dell'invalido, questa dovrà esssere convalidata dallo specialista della USL, che potrà apportarvi modifiche e integrazioni (art. 2 D.M. 2-3-1984).