



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale di Teramo

MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI AUSILI, PROTESI, ORTESI, ECC.

Cognome e Nome dell'assistito/a: _____

Residente a: _____ Prov: ____ Via: _____ n. ____

Tel: _____ Codice Fiscale: _____

DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA

	PRESIDIO PRESCRITTO	CODICE
1.		
2.		

FINALITÀ TERAPEUTICHE E RIABILITATIVE

TEMPO DI IMPIEGO	CONTROINDICAZIONI E LIMITI DI IMPIEGO (espressamente applicati all'assistito/a)
Ore _____ nella _____ giornata:	
Giorni _____ in _____ una _____ settimana:	
Settimane _____ nell'anno:	
MODALITÀ DI CONTROLLO	VARIAZIONI POSSIBILI NEL TEMPO (entro i limiti indicati dal nomenclatore)
Primo controllo: _____	
Controlli _____ successivi: _____	↑possibili ↑non possibili ↑altro _____

Data:

Timbro e Firma del Medico Specialista