 **REGIONE ABRUZZO**

***Azienda Sanitaria Locale di Teramo***

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

**U.O. / Ambulatorio Fare clic qui per immettere testo.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** | **Nome**  |
| **Data di nascita** | **Telefono**  | **Mail** |
| **Residente in**  | **Via**  |
| **Domicilio** | **Cod. Fiscale** |

**1) P.R.A.I.**

**Fare clic qui per immettere testo.**

**2) DIAGNOSI FUNZIONALE CON SPECIFICHE MENOMAZIONI O DISABILITA’**

**Fare clic qui per immettere testo.**

**3) DESCRIZIONE PROGR. DI TRATTAMENTO**

**Fare clic qui per immettere testo.**

**TIPOLOGIA DI DISPOSITIVO/ADATTAMENTI O PERSONALIZZAZIONI EVENTUALI CODICE ISO**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |

**MODI E TEMPI D’USO**

**Fare clic qui per immettere testo.**

Data: **Fare clic qui per immettere una data.**

 Medico Specialista: **Fare clic qui per immettere testo.**

 Codice identificativo: **Fare clic qui per immettere testo.**

 U.O./Ambulatorio: **Fare clic qui per immettere testo.**