

AZIENDA SANITARIA LOCALE di POTENZA (A.S.P.)

Via Torraca 2 85100 Potenza P.IVA 01722360763 C.F. 01722360763
Distretto Sanitario di II Livello di Potenza C.so Umberto I 22 85100 Potenza

Assistito nato a prov. il

Residente via n° Tel.

C.F. N° tessera sanitaria

PIANO RIABILITATIVO

(a norma dell'art. 4 del D.M. 332/99)

A) Diagnosi circoscritta:

.....

.....

.....

.....

B) Prescrizione dettagliata delle protesi:

.....

.....

.....

.....

.....

Codici (Nomenclatore Tariffario D.M. 332/99)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C) Programma terapeutico (tempi d'impiego, controlli, variazioni controindicazioni, significato riabilitativo ecc.):

.....

.....

.....

.....

Il Medico prescrivente e timbro

Data

SPEDIZIONE Bolla di spedizione N°

Data

COMUNICAZIONE DELL'AVVENUTA CONSEGNA

(a norma dell'art. 4 del D.M. 332/99)

Raccomandata N

Uff. Postale

L'Officina ortopedica

Data

FORNITORE PRECELTO DALL'ASSISTITO

Firma dell'Assistito

Preventivo ditta

CODICE	Q.TA'	PREZZO	IMPORTO

Timbro e firma del Fornitore

AUTORIZZAZIONE

SI AUTORIZZA la fornitura/riparazione del presidio
Per l'importo di € + IVA

NON SI AUTORIZZA PERCHE'

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Data Prot. N°

COLLAUDO

Lo Specialista

Data

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E DI GRADIMENTO

Data

L'ASSISTITO (o che ne fa le veci)

Estremi del documento di riconoscimento