

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - D.M. 332/1999 e s.m.i.

cognome _____ nome _____ data di nascita _____
 residenza: comune _____ prov. () via/p.za _____
 domicilio _____ C.F. _____
 TEL. _____ ricoverato/a c/o: _____
 invalidità accertata data domanda: _____ minore entero-urostomizzato/amputato

DIAGNOSI: _____

PRESIDI RICHIESTI ed eventuali aggiuntivi (descrizione):	CODICI ISO	B.P.

Note: _____
 Dispositivi/presidi da sottoporre a collaudo: SI NO Data prevista collaudo: _____

BARRARE LE SEGUENTI CASELLE IN CASO DI: RICHIESTA DI FORNITURA SUCCESSIVA ALLA PRIMA RICHIESTA ANTICIPATA
 RISPETTO AI TEMPI MINIMI DI RINNOVO RICONDUCEBILITA' (art. 1, c. 5 D.M. 332/99) DISPOSITIVO NON INCLUSO NEGLI ELENCHI, PER
 UTENTE AFFETTO DA GRAVISSIMA DISABILITA' (art. 1, c. 6 D.M. 332/99) FORNITURA URGENTE PER DIMISSIONI (art. 2, c. 1, l. e)

- inidoneo non riparabile
- riconducibilità al codice ISO: _____ (V. allegato A.1)
- art. 1, c. 6 D.M. 332/99: (V. allegato A.1)
- art. 2, c. 1, lett. e D.M. 332/99: (V. allegato A.1)

Data _____ Timbro e Firma del Prescrittore _____

Il/la sottoscritto/a: COGNOME _____ NOME _____ Data di nascita _____

in qualità di: diretto interessato altro: _____

vista la prescrizione e consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o non più rispondenti a verità, giurto il disposto degli art. 75-76 DPR 445/2000 dichiara, sotto la propria responsabilità, che i dati forniti sono veritieri e completi impegnandosi a comunicarne tempestivamente ogni variazione. Dichiara altresì:

- di accettare la fornitura del presidio qualora sia disponibile presso la Banca Protesi dell'ASL.
- di impegnarsi - se previsto - a sottoporre a collaudo del medico prescrittore il dispositivo ricevuto e a restituire copia della presente (timbrata e firmata per avvenuto collaudo) all'Ufficio Protesi dell'ASL entro 20 gg. dal ricevimento del dispositivo stesso.
- di essere a conoscenza che, in caso di mancato collaudo, non potrà essere avanzata alcuna contestazione sulla congruenza del dispositivo.
- di impegnarsi ad utilizzare e custodire il dispositivo in modo consono e a restituirlo in caso di fornitura successiva.
- di impegnarsi a verificarne costantemente l'efficienza, segnalando tempestivamente all'ASL eventuali anomalie, difetti e/o malfunzionamenti.
- di essere a conoscenza che la scadenza dei tempi minimi di rinnovo non dà titolo, automaticamente, ad una successiva fornitura del dispositivo.
- di essere a conoscenza che, in caso di smarrimento o di furto, il dispositivo non sarà obbligatoriamente sostituito a carico del S.S.N.
- di essere a conoscenza che il presidio è dato in uso e non in proprietà e di impegnarsi a restituirlo qualora non sia più necessario, fatti salvi i presidi/dispositivi acquistati con una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.

Data _____ Firma del richiedente _____

Vista la prescrizione, si autorizza la fornitura come segue: IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

a mezzo Banca Protesi BP - estremi D.D.T. _____
 - n. inv. _____
 € _____ + IVA _____ TOT. _____

Firma per ritiro/ricevuta del dispositivo: _____ Data _____ Firma _____

COLLAUDO: <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE Data _____ Timbro e Firma del Prescrittore _____	SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO		
	MOV.	NUMERO	DATA
	ENTRATA		
	USCITA		