

AZIENDA _____

Servizio / Reparto _____

Dr. _____

Prescrizione dispositivi elastocompressivi – D.G.R. n. 2283/2007 - 602/2010

Sig.re/ra	
nato/a	il _____
Residente a	CAP _____
Via/Piazza	n° _____
TEL /cell	

CRA																					CF																			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto dr	
medico specialista	operante presso

PECISA QUANTO SEGUE:

DIAGNOSI INVALIDANTE: _____

PRESCRIZIONE *

PRESIDIO PRESCRITTO
Tipologia di dispositivo <input type="checkbox"/> SU MISURA <input type="checkbox"/> DI SERIE
<input type="checkbox"/> BRACCIALE SENZA PALMARE
<input type="checkbox"/> BRACCIALE CON PALMARE
<input type="checkbox"/> PALMARE / GUANTO SENZA DITA
<input type="checkbox"/> PALMARE / GUANTO CON DITA
<input type="checkbox"/> ALTRO
<input type="checkbox"/> ALTRO
<input type="checkbox"/> ALTRO

APPLICAZIONE: URGENTE ENTRO _____

Data	Timbro e Firma leggibile
_____	_____

PROGRAMMA TERAPEUTICO (Addestramento – Controlli, ecc.) :

OSSERVAZIONI:
PRESIDIO FORNITO DALLA DITTA _____ IL _____

Data	Timbro e Firma leggibile
_____	_____

N.B.: ORIGINALE VALIDO PER OTTENERE IL RIMBORSO
(*) La prescrizione deve essere correlata alla diagnosi invalidante, ed agli aventi diritto, così come indicato nella D.G.R. n. 2283 dd. 28/09/2007e 602/2010 .