

COD.....



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO VASTO CHIETI
(L.R. 5/08) sede legale via Martiri Lancianesi 17/19 - 66100 CHIETI Partita Iva 02307130696

DIPARTIMENTO "GOVERNO DEI RAPPORTI ISTITUZIONALI"
U.O.C. "Gestione accordi contrattuali con gli erogatori privati"
Ufficio RIABILITAZIONE - Via Michetti, 86 - 66054 VASTO (CH) tel. 0873 308727 / 725 fax 0873 308726

RICHIESTA AUSILI

IL/ LA SOTTOSCRITTO/A.....

VIA.....

CHIEDE IL RINNOVO DELLA FORNITURA MENSILE TRIMESTRALE

DEI SEGUENTI AUSILI.....

PRESSO LA DITTA.....

VIA.....

.....
(DATA)

.....
(FIRMA)

SI AUTORIZZA LA SEGUENTE FORNITURA

.....
.....
.....
.....
.....

TOT. €.....

PROT. N°.....

IMP. DI SPESA N°.....

DATA COLLAUDO PREC.....NOTE.....

*Responsabile del procedimento
Coll.re Amm.vo Giancarlo Piluso*

PRESCRIZIONE PROTESI ACUSTICA

Presidio specialistico

data _____

Paziente: Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

Domicilio _____

ESAME OTOSCOPICO

Au Dx _____

Au Sx _____

TIPO DI IPOACUSIA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> trasmissiva (o conduttiva) | <input type="checkbox"/> mista | <input type="checkbox"/> centrale |
| <input type="checkbox"/> neurosensoriale cocleare (o recettiva) | <input type="checkbox"/> neurosensoriale retro-cocleare | <input type="checkbox"/> percettiva a seda non definibile |

IN CASO DI TIPOLOGIA DIFFERENTE SPECIFICARE :

Dx _____ Sx _____

ESAMI ESEGUITI (ALLEGATI)

- audiometria _____ impedenzometria _____
- altro _____

DATI RELATIVI ALLA PROTESI

A) CARATTERISTICHE DI BASE DELLA PROTESI PRESCRITTA

- | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> RETROAURICOLARE (21.45.06) | <input type="checkbox"/> Gruppo 1 | <input type="checkbox"/> Gruppo 2 | <input type="checkbox"/> Dx |
| <input type="checkbox"/> A OCCHIALE (21.45.09) | <input type="checkbox"/> VA (003) | <input type="checkbox"/> VA (009) | <input type="checkbox"/> Sx |
| <input type="checkbox"/> A SCATOLA (21.45.12) | <input type="checkbox"/> VO (006) | <input type="checkbox"/> VO (012) | |
| <input type="checkbox"/> PRESIDIO RICONDUCEBILE (*) | _____ | | |

B) NEL CASO DI DIFFERENTE PROTESIZZAZIONE FRA LE DUE ORECCHIE, SI PRESCRIVE:

a Dx _____ a Sx _____

C) SI PRESCRIVONO AURICOLARI

Tipo: _____

D) EVENTUALI ACCESSORI _____

E) SE LA PRESENTE PRESCRIZIONE SI RIFERISCE AD UN CAMBIO O SOSTITUZIONE DI UNA PROTESI, INDICARNE I MOTIVI

SI PRESCRIVONO CONTROLLI AUDIOLOGICI DOPO L'APPLICAZIONE DELLA PROTESI

1° controllo _____ Controlli successivi _____

(*) Il presidio è riconducibile a giudizio dello specialista prescrittore (art. 1 comma 5 D.M. 27/8/99 n. 332)

FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO SPECIALISTA



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO VASTO CHIETI
(L.R. 5/08) sede legale via Martiri Lancianesi 17/19 - 66100 CHIETI Partita Iva 02307130696

DIPARTIMENTO "GOVERNO DEI RAPPORTI ISTITUZIONALI"
U.O.C. "Gestione accordi contrattuali con gli erogatori privati"
Ufficio RIABILITAZIONE - Via Michetti, 86 - 66054 VASTO (CH) tel. 0873 308727 / 725 fax 0873 308726

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Luogo _____ Data _____

Cognome _____ Nome _____

Il/La sottoscritto/a acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, l'interessato presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa

Do il consenso

Nego il consenso

Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali e sensibili per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa

Do il consenso

Nego il consenso

Presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa. *(nel caso in cui sia previsto anche il trattamento dei dati sensibili)*

Do il consenso

Nego il consenso

Firma leggibile _____