



REGIONE ABRUZZO
 AZIENDA U.S.L. 03 LANCIANO - VASTO
 Via S. Spaventa, 37 - 66034 LANCIANO

AL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE
 c/o Presidio Ospedaliero "Renzetti"
 Via del Mare, 1 - Lanciano
 Tel 0872706269 (ore 9-12) Fax 0872706268

Oggetto: Richiesta Assistenza protesica ai sensi delle leggi 30.03.71 n. 47 e 23.12.78 n. 833 Art. 36 e n. 332/99 e successive integrazioni.
 Autorizzazione al trattamento dei dati personali limitatamente a quanto previsto dalla L. 675/96 e successive integrazioni e modifiche.
 Aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica ex Art. 2 c.1 DM 332/99.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (DPR 445/00)

Cognome e Nome nato/a il
 a e residente a
 in via CodFisc. Tel.

ESAME OTOSCOPICO: Au DX Au SX

Esami eseguiti (allegati): Audiometria Impedenziometria Altro

TIPO IPOACUSIA:

Trasmissiva (conduttiva) Mista Centrale
 Neurosensoriale cocleare (recettiva) Neurosensoriale retro-cocleare Percettiva a sede non definibile

In caso di tipologia di differenze specificare:

Dx Sx

Dati relativi alla protes

A) Caratteristiche di base:

Retroauricolare Gruppo 1 Gruppo 2 DX
 Occhiali (21.45.09) VA (003) VA (009) SX
 Scatola (21.45.12) VO (006) VO (012) Riconducibile (*)

(*) Il presidio è riconducibile a giudizio dello specialista (art. 1 c.5 D.M. 332/99).

B) In caso di differente protesizzazione fra le due orecchie si prescrive:

Dx Sx

C) Si prescrivono auricolari tipo:

D) Accessori:

F) Successivi controlli:

Reservato al Servizio

E) Se la presente prescrizione si riferisce ad un cambio o sostituzione di una protesi, indicarne i motivi:

Data Timbro e Firma dello Specialista

Il Richiedente (nr.doc.), vista la prescrizione (quanto sopra) dichiara

- di confermare i dati dell'autocertificazione e di essere a conoscenza della responsabilità penale cui, ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 403/98, può incorrere in caso di dichiarazione falsa e mendace;
- di scegliere la ditta, quale ditta fornitrice;
- di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico AUSL il presidio che riceverà entro 20 gg dalla consegna;
- di impegnarsi a restituire il presidio ricevuto qualora non sia più necessario od idoneo alle proprie esigenze;
- di non aver già pagato o dato acconti per la fornitura di che trattasi alla Ditta scelta.

Data Il Richiedente

Vista la prescrizione specialistica, riscontrato il preventivo della Ditta e valutati i requisiti di invalidità:

| | | |
|----------------------------------|---------------------|------------------------------|
| Il Responsabile del Procedimento | Il Dirigente Medico | Il Responsabile del Servizio |
| | | |

Posizione I E Precedente SI NO Registrazione AS PC Autorizzato SI NO Archivio

Tipo di Fornitura 1 Prima fornitura 2 Rinnovo 3 Riparazione 4 Sostituzione