

U.O.S.D. MEDICINA LEGALE

**MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESICI EXTRANOMENCLATORE**  
D.M. 332/99 Art. 1 Comma 5 e DPCM 12/01/2017 Art. 18 Comma 8

**SI CERTIFICA CHE**

L'assistito: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**AFFETTO/A DALLA SEGUENTE GRAVE PATOLOGIA:**

(diagnosi circostanziata, che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito)

---

---

(allegare eventuale opportuna documentazione clinica di supporto a quanto sopra relazionato)

**NECESSITA E PERTANTO SI PRESCRIVE**

il seguente AUSILIO/ORTESI/PROTESI/MATERIALE DI CONSUMO

---

---

---

---

---

---

**TIPO**

(barrare una delle due opzioni)

SPECIFICO  SI  NO

Se "si" esplicitare le motivazioni della specificità e conseguente "esclusività" di quanto richiesto e gli elementi che non ne permettono la fornitura in ragione di compatibilità per caratteristiche tecniche, tipologia, efficacia

---

---

---

COMPATIBILE  SI  NO Se "si" specificare le caratteristiche tecniche, la tipologia di quanto richiesto che per compatibilità possono essere richieste a più fornitori:

---

