

SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO

Ausili e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica - art. 104, comma 3bis del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

E-MAIL _____ TEL _____

ASL DI APPARTENENZA _____

Patologia/lesione che ha determinato la menomazione e disabilità:

Diagnosi funzionale (specifiche menomazioni/disabilità):

☐ Idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive (rilasciata dal medico specialista in medicina dello sport)

Prescrizione

- ☐ **06.24.21.266** Piede a restituzione di energia - si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio
- ☐ **06.24.21.380** Ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione con controllo idraulico della flessione-estensione - si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio
- ☐ **06.18.21.195** Mano mioelettrica tri-digitale a controllo proporzionale (senza guanto cosmetico) - si allega prescrizione di protesi per il corretto assemblaggio
- ☐ **12.22.03-L77A** Carrozzina da danza sportiva
- ☐ **30.09.27-L77** Carrozzina da tennis
- ☐ **12.22.03-L77B** Carrozzina sportiva per tiro a segno
- ☐ **12.22.03-L77C** Carrozzina da scherma
- ☐ **30.09.36-L77A** Monosci
- ☐ **30.09.36-L77** Slittino
- ☐ **12.18.09-L77** Handbike
- ☐ **12.18.09-L77A** Carrozzina per atletica leggera

- ☐ La visita per il collaudo sarà programmata a seguito della acquisizione del dispositivo.
- ☐ Nel corso della visita per il collaudo verrà programmata la prima visita di follow up, a 3 mesi.

DATA

FIRMA e timbro del medico

COLLAUDO:

In data _____ ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente alla sperimentazione del DM 22/08/2022.

Pertanto, si programma la prima visita di follow up per il giorno _____

DATA

FIRMA e timbro del medico
