Prescrizione di ausili / apparecchi di trattamento

Modulo da usare solo in assenza di un modulo specifico (per es. da non usare per la fornitura di apparecchi acustici o carrozzelle)

Dati del paziente

Cognome
Nome
Via
NPA / Località
Data di nasc. Sesso
N. AVS
Telefono

Destinatario: tecnico/a

Assicurazione

Nome
Via
NPA / Località
E-mail
GLN

Datore di lavoro / Durata dell'assicurazione

Nome
Via
NPA / Località
Legge / N. ass.
N. / data inf.

Problema rilevante per la fornitura

Motivo del trattamento ☐ Infortunio ☐ Invalidità / Infermità congenita ☐ Malattia

Ausilio / apparecchio di trattamento prescritto

(tipo, versione, possibilmente non indicare marca/modello)

Fornitura ☐ urgente ☐ in ospedale ☐ a domicilio ☐ non sostituibile

Obiettivo e durata della fornitura

(rilevante solo per AI)

☐ **Scopo dell'integrazione (ausilio):** locomozione, cura di sé, contatto con l'ambiente, attività lucrativa, attività in ambito di competenza, studio/formazione e assuefazione funzionale

oppure

☐ **Obiettivo di trattamento (app. di tratt.):** *(per es. posizionamento, raddrizzamento, allungamento, potenziamento muscolare)*

Durata presumibile della fornitura: ☐ Durata: ☐ più di 1 anno

Medico/a

E-mail
GLN RCC

Tecnico/a

E-mail
GLN Tel.

Data creazione

Trasmissione elettronica

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!

Se lo spazio è insufficiente, usare il campo supplementare alla pagina seguente

Prescrizione di ausili / apparecchi di trattamento

Osservazioni