

# 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:

## 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

Data creazione

## Tecnico/a

E-mail   
GLN  Tel.

## Trasmissione elettronica

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

### Osservazioni