



Allegato 2

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 3-bis 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	IL
C.F	residente a
in	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 flesso- 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. XXX Carrozzina da danza sportiva □ 30.09.27. XXX Carrozzina da tennis	
□ 12.22.03. XXX Carrozzina sportiva per tiro a segno	
□ 12.22.03. XXX Carrozzina da scherma	
□ 30.09.36. XXX Monosci	
□ 30.09.36. XXX Slittino	
□ 12.18.09. XXX Handbike	
□ 12.18.09. XXX Carrozzina per atletica leggera	

☐ La visita per il collaudo	sarà programmata a seguito della acquisizione del dispositivo.
□ Nel corso della visita p	er il collaudo verrà programmata la prima visita di follow up, a 3 mesi.
DATA	FIDMA - 4:1 1:
DATA	FIRMA e timbro del medico
COLLAUDO:	
In data	ho verificato la congruità del dispositivo prescritto relativamente alla
sperimentazione del DM x	xxxXXX
Pertanto, si programma la	prima visita di follow up per il giorno
DATA	FIRMA e timbro del medico





