

BETREFF: Verschreibung von.....
.....
zu Gunsten von.....
geb.am.....

Ich Unterfertiger.....
....., verschreibender Arzt

bestätige

aufgrund der durchgeführten ärztlichen Untersuchung,
dass die psycho-physischen Konditionen von
Herr/Frau.....
eine positive Beurteilung für den rechtmäßigen
Gebrauch des im Betreff verschriebenen Behelfes
zulassen und

erkläre

dass die Verschreibung durch eine erschöpfende
Information an den Patienten und evtl. seiner
Betreuperson über die funktionellen und therapeutischen
Eigenschaften und die Art und Weise
der Verwendung der Prothese, im Sinne des Art.4, Punkt
4 des M.D. 332/99 ergänzt wurde.
Sollten in den nachfolgenden Visiten, die unter Punkt 3/c
Art. 3 des obgenannten Dekrets unter
"Kontrollbedingungen" angeführt und vorgesehen sind,
Kontraindikationen im Gebrauch des im Betreff
genannten Behelfes auftreten, wird dieser unmittelbar
zurückgenommen und es erfolgt unverzüglich die
Mitteilung an das Amt für Invaliden.

Hochachtungsvoll

.....
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Datum

OGGETTO: prescrizione di.....
.....
a favore di.....
nato/a il.....

Io sottoscritto.....
Medico prescrittore sulla base della visita medica effettuata,

certifico

che le condizioni psico-fisiche del/la Sig./Sig.ra
.....
sono tali da poterlo/a giudicare idoneo all'utilizzo del
dispositivo medico prescritto in oggetto, e

dichiaro

di aver integrato la prescrizione da me effettuata da una
esauriante informazione al paziente e/o a chi lo assiste sulle
caratteristiche funzionali e terapeutiche e modalità di utilizzo
del dispositivo stesso, così come prevede l'art.4, pto 4
del DM 332/99.
Qualora sulla base delle successive visite previste ed indicate
sulla "modalità di controllo" di cui al pto 3/c dell'art. 3 del
succitato Decreto dovessero essere riscontrate
controindicazioni all'uso del presidio in oggetto, lo stesso
verrà tempestivamente ritirato e ne verrà data
contemporanea comunicazione all'ufficio invalidi.

In fede

.....
(Timbro e firma del medico)

Data