

PATTO TERAPEUTICO PER MINORI DI ANNI 18

(da NON compilare per la prescrizione di CHIOCCIOLE e RIPARAZIONI) – DA COMPILARE PER PROTESI ACUSTICHE (1^ fornitura e rinnovo)

I sottoscritti genitori (o esercenti la patria potestà) di.....nato/a il.....e residente a..... in viasono stati informati dal medico specialista prescrittore Dott.....della necessità di utilizzare, da parte di nostro/a figlio/a, la/e protesizzazione uditiva per migliorare le capacità di comunicazione. Oltre ai benefici ottenibili sono stati ben descritti i possibili limiti che la protesizzazione comporta.

Sono stati anche edotti della necessità di eseguire un periodo di riabilitazione, grazie al quale potrà essere utilizzata con maggior beneficio la protesizzazione prescritta e potranno migliorare le abilità comunicative di nostro figlio/a.

Dichiariamo che nostro figlio/a non ha mai posseduto protesi acustiche utili a compensare la perdita uditiva o perché non né siamo mai stati possessori o perché il medico prescrittore ha verificato che quelle in nostro possesso non sono più utilizzabili proficuamente.

Confermiamo di aver preso visione dell'elenco delle Aziende abilitate alla fornitura di protesi acustiche esposto nell'ambulatorio e di aver individuato la ditta fornitrice per libera scelta.

Ci impegniamo a seguire tutte le procedure, che il medico specialista ci ha dettagliatamente spiegato, necessarie per ottenere la fornitura di protesi. Siamo stati inoltre informati di quanto segue:

- di effettuare visita di collaudo al più presto, successivamente alla consegna dell'apparecchio acustico, prendendo appuntamento presso la struttura sanitaria prescrittrice;
- di effettuare visite di controllo successive ed il trattamento riabilitativo previsti e consigliati dal medico specialista;
- l'audioprotesista della ditta fornitrice garantirà l'opportuna regolazione e l'addestramento all'uso corretto della protesi nonché la perfetta funzionalità per il periodo coperto da garanzia;
- nel corso del periodo di adattamento dell'apparecchio, posso chiedere appuntamento per controlli presso l'audioprotesista;
- sarà nostro compito curare la manutenzione quotidiana e verificare che l'apparecchio abbia una regolare manutenzione.
- la sostituzione dell'apparecchio/i non si applica a guasti o rotture conseguenti ad uso improprio o negligenze da parte nostra;
- il rinnovo anticipato per smarrimento, mal uso, rottura accidentale con irreparabilità potrà essere effettuato su dichiarazione dell'accaduto acquisita dal medico prescrittore;
- Gli apparecchi forniti ai sensi dell'art. 17, comma 5 DPCM 2017 potrebbero comportare una quota di costo a mio carico. In tal caso sono di mia proprietà ed ogni eventuale riparazione è a mio carico, ad eccezione degli auricolari su misura (chiocciolate).

_____, | | | | | | | | | |

I GENITORI

(firma)

IL MEDICO SPECIALISTA PRESCRITTORE

(Firma e Timbro con nominativo e Codice fiscale)

ENTE OSPEDALIERO.....Reparto.....

Tel. E-Mail.....

Il Tecnico Audioprotesista.....della ditta fornitrice

(Timbro e Firma per presa visione)

Nota Bene: La presente attestazione da consegnare all'assistito per il fornitore, debitamente sottoscritta da parte del tecnico audioprotesista della ditta fornitrice per presa visione, va inserita da parte del fornitore in formato pdf negli "ALLEGATI" della pratica on line corrispondente. L'assenza di detto documento, nei casi previsti, potrebbe comportare ritardi nella liquidazione del pagamento della prestazione. 1 copia cartacea per l'assistito