

PATTO TERAPEUTICO PER ADULTI

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

Il/La sottoscritto/anato/a il è stato informato/a dal medico specialista prescrittore Dott.....della necessità di utilizzare la/e protesi prescritte/a per migliorare le proprie capacità di comunicazione. Oltre ai benefici ottenibili sono stati ben descritti i possibili limiti che la protesizzazione comporta soprattutto l’ascolto in ambienti rumorosi e della voce riprodotta come ad esempio la televisione.

Sono stato informato sulla necessità di eseguire i successivi controlli specialistici previsti e consigliati e, a giudizio del medico specialista prescrittore, sulla eventuale possibilità di effettuare un trattamento di riabilitazione. Per raggiungere i risultati attesi è fondamentale il mio impegno ad utilizzare la/e protesi con continuità.

Dichiaro di non possedere protesi acustiche idonee a compensare la mia perdita uditiva o perché non né sono mai stato possessore o perché il medico prescrittore ha verificato che quelle in mio possesso non sono più utilizzabili proficuamente.

Confermo 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.

Mi impegno a seguire tutte le procedure, che il medico specialista mi ha dettagliatamente spiegato, necessarie per ottenere la fornitura di protesi. Sono stato inoltre informato 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 previsti e consigliati dal medico specialista e l’eventuale trattamento riabilitativo;
- 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.
- La sostituzione dell’apparecchio/i non si applica a guasti o rotture conseguenti ad uso improprio o negligenze da parte mia.
- Il rinnovo anticipato per smarrimento, mal uso, rottura accidentale con irreparabilità potrà essere effettuato una sola volta nell’intervallo temporale di 5 anni.
- 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).

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

PAZIENTE

(firma)

IL MEDICO SPECIALISTA PRESCRITTORE

(Firma e Timbro con nominativo e Codice fiscale)

ENTE OSPEDALIEROReparto.....

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.