

**Prescrizione di protesi acustiche e ausili per la comunicazione
ai sensi del DPCM 12.01.2017**

Cognome Nome data di nascita

Indirizzo Codice Fiscale

☐ prima prescrizione

☐ prescrizione successiva

Otoscopia destra

Otoscopia sinistra

Epoca presumibile d'insorgenza dell'ipoacusia: ☐ preverbale ☐ periverbale ☐ postverbale

Tipo dell'ipoacusia:

Presumibile causa dell'ipoacusia:

Orecchio destro		Orecchio sinistro	
☐ DA TARIFFARIO	☐ RICONDUCEBILE	☐ DA TARIFFARIO	☐ RICONDUCEBILE
☐ Gruppo 1	☐ Gruppo 2	☐ Gruppo 1	☐ Gruppo 2
☐ Endoauricolare	22.06.15.003/009	☐ Endoauricolare	22.06.15.003/009
☐ Retroauricolare		☐ Retroauricolare	
☐ apparecchio V.O.	22.06.15.006/012	☐ apparecchio V.O.	22.06.15.006/012
☐ esoprotesi cocleare	22.06.21.003	☐ esoprotesi cocleare	22.06.21.003
☐ MINORE	22.06.15.018	☐ MINORE	22.06.15.018
☐ ADULTO	22.06.15.021	☐ ADULTO	22.06.15.021
☐ Riparazione		☐ Riparazione	
☐ magnete	22.06.21.103	☐ magnete	22.06.21.103

☐ Sistema FM ricevitore	22.18.24.003
☐ Sistema di FM trasmettitore	22.18.20.006

Auricolare:	☐ materiale rigido (22.06.91.103)	☐ materiale morbido (22.06.91.106)
-------------	--	---

Osservazioni o consigli:

Motivazione del rinnovo:

Il programma abilitativo o riabilitativo è stato concordato con:

☐ il/la paziente

☐ i genitori/tutori

☐ altri/e operatori/operatrici sanitari/e

Il medico specialista

....., il

(luogo e data)

.....

(timbro e firma)

Verschreibung von Hörgeräten und Behelfsmitteln für die Kommunikation

laut DPCM 12.01.2017

Nachname Name Geburtsdatum

Adresse Steuernummer

☐ Erstverschreibung

☐ Folgeverschreibung

Otoskopie rechts

Otoskopie links

Vermutliches Auftreten der Schwerhörigkeit: ☐ vor dem ☐ während des ☐ nach dem
Spracherwerbs Spacherwerb Spacherwerb

Art des Hörverlustes:

Vermutliches Ursache der Schwerhörigkeit:

Rechts Ohr		Linkes Ohr	
☐ LAUT TARIFVERZEICHNIS	☐ ÄHNLICHER BEHELFTYP	☐ LAUT TARIFVERZEICHNIS	☐ ÄHNLICHER BEHELFTYP
☐ Gruppe 1	☐ Gruppe 2	☐ Gruppe 1	☐ Gruppe 2
☐ Enaural (IdO)	22.06.15.003/009	☐ Enaural (IdO)	22.06.15.003/009
☐ Retroaurikulär		☐ Retroaurikulär	
☐ KL-Brille	22.06.15.006/012	☐ KL-Brille	22.06.15.006/012
☐ implantierbare Hörhilfe	22.06.21.003	☐ implantierbare Hörhilfe	22.06.21.003
☐ Minderjährige	22.06.15.018	☐ Minderjährige	22.06.15.018
☐ Erwachsene	22.06.15.021	☐ Erwachsene	22.06.15.021
☐ Reparatur		☐ Reparatur	
☐ Magnet	22.06.21.103	☐ Magnet	22.06.21.103

☐ FM System Empfänger	22.18.24.003
☐ FM System Sender	22.18.20.006

Ohrpaßstück:	☐ hartes Material (22.06.91.103)	☐ weiches Material (22.06.91.106)
--------------	---	--

Bemerkungen oder Empfehlungen:

Begründung der Erneuerung:

Das Rehabilitationsprogramm wurde vereinbart mit:

☐ Patient/in

☐ Eltern/Tutoren

☐ anderem Sanitätspersonal

Der Facharzt

....., am

(Ort und Datum)

.....

(Stempel und Unterschrift)