

# PRESCRIZIONE AUSILI OTTICI

(il modulo per essere accettato deve essere compilato in ogni sua parte)

Struttura/U.O. richiedente: \_\_\_\_\_

Da inoltrare a: Ufficio Assistenza Protesica - Distretto Nord - Palazzina C2 - V.le Verona - 38123 Trento  
tel. 0461/902256 e-mail [assistenza protesica@apss.tn.it](mailto:assistenza protesica@apss.tn.it)

**DATI ANAGRAFICI ASSISTITO:** cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OD:** Visus naturale \_\_\_\_\_ Visus con correzione \_\_\_\_\_

**OS:** Visus naturale \_\_\_\_\_ Visus con correzione \_\_\_\_\_

Eventuale riduzione bilaterale del campo visivo: gradi \_\_\_\_\_

**MINORE DI ANNI 18**

affetto da ambliopia:  SI  NO

incorre nella concreta e reale possibilità di subire nel breve periodo aggravamenti tali da rientrare nella categoria degli ipovedenti:  SI  NO

**PER PRESCRIZIONE DI LENTI A CONTATTO:**  la correzione non è ottenibile con lenti oftalmiche  
 anisometropia elevata

**Codici Nomenclatore Tariffario e descrizione del presidio di cui si fa richiesta e degli eventuali aggiuntivi:**


**PROGRAMMA TERAPEUTICO** (significato terapeutico riabilitativo, modalità, limiti e prevedibile durata di impiego, possibili controindicazioni): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PER I RINNOVI PRECISARE I MOTIVI:**  Smarrimento  Rottura  Usura  Altro (specificare)

**PRESCRITTORE**

(medico specialista di struttura pubblica o accreditata)

\_\_\_\_\_ Timbro e Firma leggibile

\_\_\_\_\_ Luogo e data

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

note/contestazioni