



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

PRESA IN CARICO/CONSEGNA DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE) DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

ALLEGATO 2

P.O. _____ U.O./Servizio _____

PRESA IN CARICO E CUSTODIA DELLE PROTESI MOBILI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO

Nome e Cognome del paziente _____ Data di nascita _____

L'operatore sanitario prende in carico la:

- Protesi mobile dentaria
- Protesi acustica
- Altro _____

La ripone nell'apposito contenitore che viene custodito:

- nel luogo individuato _____

Data _____ Firma dell'operatore sanitario _____

CONSEGNA/RESTITUZIONE DELLE PROTESI MOBILI

In caso di trasferimento:

L'operatore sanitario della U.O. _____

➤ Consegna le protesi mobili: dentarie acustiche Altro _____

all'operatore sanitario della U.O. _____ Data _____

Firma leggibile dell'Operatore Sanitario che **consegna** _____

Firma leggibile dell'Operatore Sanitario che **riceve** _____

In caso di dimissione e/o decesso:

L'operatore sanitario _____

➤ Restituisce le protesi mobili al: Paziente Familiare/Caregiver/ _____

Data _____

Firma leggibile dell'Operatore Sanitario _____

Firma leggibile del Paziente/Familiare/Caregiver _____

Il presente modulo è allegato alla documentazione clinico-assistenziale dell'utente/paziente.