

	<u>AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA</u> SEGNALAZIONE DI SMARRIMENTO DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE)	ALLEGATO 3
---	---	--

Segnalazione di smarrimento:

☐ protesi dentarie ☐ protesi acustiche ☐ altro _____

del Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____

ricoverato c/o la U.O.C. _____ P.O. _____

Note _____

Da inviare tramite e-mail aziendale alla U.O.S. Risk Management (riskmanagement@asl.pe.it)
 congiuntamente al modulo-Allegato 2 "Presa in carico/consegna delle protesi mobili (dentarie
 e/o acustiche) da parte dell'operatore sanitario".

Data _____ Firma dell'operatore sanitario _____

Il presente modulo è allegato alla documentazione sanitaria del paziente.