

LOGOPEDISTA

carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Come da normativa Vigente (DM n. 742 del 1994, art 1 comma 3), per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a, Le chiedo gentilmente una sua indicazione diagnostico - terapeutica, corredata anche dagli eventuali esami strumentali eseguiti dal paziente.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 742 del 1994, art 1 comma 3 “ ... In riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione del medico ...”.

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto presenta _____.

Come da normativa Vigente (DM n. 56 del 17 gennaio 1997, art 2), per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a, Le chiedo gentilmente una sua indicazione diagnostico - terapeutica, corredata anche dagli eventuali esami strumentali eseguiti dal paziente.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 56 del 17 gennaio 1997, art 2 “ ... in riferimento alle diagnosi e alle prescrizioni mediche ...”

PODOLOGO

carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 2 del Decreto Ministeriale n° 666/1994) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 666 del 1994 . art 2 “ ... Il podologo, su prescrizione medica ...” .

ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 1 del Decreto 14 settembre 1994, n. 743) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n. 743, art 1: “ ... su prescrizione del medico ...”

TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto presenta _____.

Come da normativa Vigente (art 1 comma 2 del D.M. 29 marzo 2001, n. 182), Le chiedo gentilmente una Sua indicazione diagnostica, corredata anche dagli eventuali esami strumentali eseguiti dal paziente, e di conoscere in cosa si sostanzia il progetto terapeutico previsto per il Suo assistito.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione la prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 29 marzo 2001, n. 182 art 1 comma 2 “nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.”

TERAPISTA OCCUPAZIONALE

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Come da normativa Vigente (art 1 comma 2 punto C del Decreto 17 gennaio 1997, n. 136), per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a, Le chiedo gentilmente una sua indicazione diagnostico - terapeutica, corredata anche dagli eventuali esami strumentali eseguiti dal paziente.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 17 gennaio 1997, n. 136,. Art 1 comma 2 “ ... Il terapeuta occupazionale, in riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico ...”

EDUCATORE PROFESSIONALE

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Come da normativa Vigente (art 1 del D.M. 8 ottobre 1998, n. 520), Le chiedo gentilmente una Sua indicazione diagnostica, corredata anche dagli eventuali esami strumentali eseguiti dal paziente, e di conoscere in cosa si sostanzia il progetto terapeutico previsto per il suo assistito.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 art 1 “ ... nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare ...”

TECNICO AUDIOMETRISTA

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 1 comma 3 del D.M. n. 667 del 1994) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 667 del 1994, art 1 comma 3: “Il tecnico audiometrista: a) opera, su prescrizione del medico ...”

TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 1 comma 2 del Decreto n. 746 del 1994) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 746 del 1994, art 1 comma 2 “ ... su prescrizione medica ...”

TECNICO SANITARIO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 1 del Decreto n. 183 del 1995,) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 183 del 1995, art 1 “ ... su prescrizione medica ...”

TECNICO ORTOPEDICO

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 1 del n. 665 del 1994) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 665 del 1994, art 1 “ ... su prescrizione medica ...”

TECNICO AUDIOPROTESISTA

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 1 comma 2 del n. 668 del 1994) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 668 del 1994, art 1 comma 2“ ... opera su prescrizione del medico ...”

TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto lamenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 2 del D.M. n. 316 del 1998) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente sotto indicazione medica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 316 del 1998, art 2 “ ... coadiuva il personale medico ... sempre sotto indicazione medica ...”

IGIENISTA DENTALE

Carta intestata

Gentile dottore/dottoressa,

Il/la Suo/a assistito/a _____ si è rivolto al/alla sottoscritto/a in quanto presenta _____.

Tuttavia, la normativa vigente (art 1 del D.M. n. 137 del 1999) impone al/alla sottoscritto/a di agire unicamente previa prescrizione medica od odontoiatrica.

Pertanto, se non vi sono controindicazioni mediche, Le chiedo gentilmente una richiesta, in carta libera, di _____ per poter soddisfare la volontà del/della Suo/a assistito/a.

Qualora il/la Suo/a assistito/a fosse affetto da patologie/co-morbilità tali da necessitare di particolare attenzione o precauzione La prego di segnalarle e di fornirmi tutte le indicazioni che riterrà utili.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Data _____

Firma

RIFERIMENTO NORMATIVO

D.M. n. 137 del 1999, art 1 “ ... su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria ...” .