Schema di rendicontazione in attuazione dell'art. 2, comma 2 del D.M. 22 agosto 2022

AUSL _____ Data _____

Azienda sanitaria di residenza	CF Assistito	Età assistito	Genere assistito (F/M)	Importo totale fatturato all'assistito (IVA compresa)	Importo del rimborso erogato	Prima della prescrizione del dispositivo medico oggetto dell'erogazione, il paziente svolgeva attività sportiva a qualsiasi livello? (sì/no)	Attività amatoriale/sportiva individuale praticata dopo la fornitura	Codice NSIS o descrizione struttura di prescrizione	Medico prescrittore (cognome/nome)	Medico prescrittore (specialità)	Dispositivo medico prescritto	Follow up a 3 mesi (data)	Effettuato (sì/no)	Dispositivo medico utilizzato (sì/no)	Se sì, quanto spesso?	Se no, perché?	Follow up a 6 mesi (data)	Effettuato (sì/no)	Dispositivo medico utilizzato (sì/no)	Se sì, quanto spesso?	Se no, perché?