**Ordinanza sulla podologia per la sindrome del piede diabetico** secondo l'art. 11c OPre

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati personali** | | | | | | | |
| Nome | |  | | | | | |
| Cognome | |  | | | | | |
| Indirizzo | |  | | | | | |
| CAP | |  | | | | | |
| Luogo | |  | | | | | |
| Data di nascita | |  | | | | | |
| Telefono privato | |  | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | |
| Cassa malati | |  | | | | | |
| N° assicurato | |  | | | | | |
| N° AVS | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| **Indirizzo studio podologico** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  | | |  | |
| Malattia | | |  | |  | |
| Trattamento a domicilio | | |  | |  | |

*Secondo l'art. 11c OPre, sono rimborsate solo le prestazioni fornite su ordine del medico per le* ***persone con diabete mellito che hanno*** *uno dei seguenti* ***fattori di rischio per la*** *sindrome del* ***piede diabetico. Il*** *numero di sessioni è dato per anno solare. Il modulo di prescrizione è quindi valido per l'anno civile in cui è stato redatto e deve essere riemesso per ogni nuovo anno civile.*

|  |
| --- |
| **Diagnosi A:** Persone con diabete mellito e polineuropatia **senza** malattia arteriosa periferica occlusiva (AOP), **max. 4 sedute** |
| **Diagnosi B:** Persone con diabete mellito e polineuropatia con malattia occlusiva arteriosa periferica (AOP), **max. 6 sessioni** |
| **Diagnosi C:** Persone con diabete mellito dopo un'ulcera diabetica o dopo un'amputazione legata al diabete, **max. 6 sedute** |

|  |
| --- |
| **Ulteriori diagnosi / osservazioni:** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inizio del trattamento il |  | Valido fino al (In genere  31.12 dell'anno in corso) |  |

|  |
| --- |
| Medico (timbro): N° RCC e GLN |
|  |
|  |
| Data e firma |

|  |
| --- |
| Podologo (timbro): N° RCC e GLN |
|  |
|  |
| Data e firma |