

<b>SPECIALITA'</b>	<b>DESCRIZIONE PRESTAZIONE SISS</b>
<b>OCULISTICA</b>	<b>VALUTAZIONE ORTOTTICA</b> <b>VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA)</b> <b>VISITA OCULISTICA (CONTROLLO)</b> <b>STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE</b> <b>ESAME DEL FUNDUS OCULI</b> <b>STUDIO DELLA MOTILITA'' OCULARE</b> <b>TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT)</b>
<b>OTORINOLARINGOIATRIA e AUDIOFONOLOGIA</b>	<b>VISITA FONIATRICA (CONTROLLO)</b> <b>VISITA AUDIOLOGICA (CONTROLLO)</b> <b>VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)</b> <b>POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI*</b> <b>VISITA FONIATRICA (PRIMA VISITA)</b> <b>VISITA AUDIOLOGICA (PRIMA VISITA)</b> <b>VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)</b> <b>ESAME AUDIOMETRICO TONALE</b> <b>ESAME AUDIOMETRICO VOCALE</b> <b>IMPEDENZOMETRIA</b>
<b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RADIOLOGIA)</b>	<b>ANGIO-RM CIRCOLO CEREBRALE</b> <b>RMN RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO</b> <b>RMN RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO</b> <b>RMN RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO</b> <b>RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO</b>
<b>DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA</b>	<b>COLLOQUIO NUTRIZIONALE CON DIETISTA</b>

\* **Necessario referto recente (non più di 3 mesi) di esame audiometrico**