



Assistive Technology
PRODUCTS AND SERVICES
Communication Devices Program
Prescription Update Form

1. CLIENT INFORMATION

Client Last Name:	Client First Name:																															
Date of Birth: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td></tr> </table>									D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Personal Health Identification Number (PHIN): <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>															
D	D	M	M	M	Y	Y	Y																									
Diagnosis:																																

2. CLINICIAN INFORMATION

Speech-Language Pathologist (SLP) Name:	Organization:																																																
SLP Office Phone: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>																									SLP Cell Phone: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>																								
SLP Fax: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>																									SLP email:																								
Occupational Therapist (OT) Name:	Employer (if different from SLP):																																																
OT Office Phone: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>																									OT Cell Phone: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>																								
OT Fax: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table>																									OT email:																								

3. EQUIPMENT

Current System (device/software, mount, access method as applicable):

Equipment in Need of Change:

Prescribed Replacement Equipment:

Rationale for New Equipment (include change in need and brief summary of trial outcomes if applicable):

Printed Name of SLP	Signature of SLP	Date: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td></tr> </table>									D	D	M	M	M	Y	Y	Y
D	D	M	M	M	Y	Y	Y											
Printed Name of OT	Signature of OT	Date: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td></tr> </table>									D	D	M	M	M	Y	Y	Y
D	D	M	M	M	Y	Y	Y											

4. PRESCRIPTION APPROVAL (CDP Internal Use)

Prescription Change Request Approved By:

Printed Name of SLP	Signature of SLP	Date: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td></tr> </table>									D	D	M	M	M	Y	Y	Y
D	D	M	M	M	Y	Y	Y											
Printed Name of OT	Signature of OT	Date: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">D</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">M</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td><td style="font-size: 8px;">Y</td></tr> </table>									D	D	M	M	M	Y	Y	Y
D	D	M	M	M	Y	Y	Y											

Notes: _____
