

PRESCRIZIONE DI AUSILI

Al sensi di quanto previsto dal D.M. 27/08/1999 n.32, successivamente modificato con D.M. 321/01 ai fini dell'erogazione di dispositivi protesici

SI RICHIEDE

Per il/la Sig./ra _____ nata il _____
e residente a _____ via _____ n. _____

TIPOLOGIA DEL PAZIENTE

ADI 1 °
LIVELLO

ADI 2 °
LIVELLO

ADI 3 °
LIVELLO

CONDIZIONI CLINICHE SPECIFICHE

Paziente con patologia
grave che obbliga
all'allettamento

Paziente con grave
difficoltà motoria che
necessita di
assistenza

Paziente allettato a
rischio di lesioni da
decubito

Affetto da _____

necessita del/dei seguente/i ausilio/i protesico/i

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> LETTO A UNA MANOVELLA REGOLABILE MANUALMENTE | cod. 18.12.07.003 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SPONDE DI CONTENIMENTO PER LETTO | cod. 18.12.27.103 |
| <input type="checkbox"/> SUPPORTO PER ALZARSI DAL LETTO | cod. 12.30.09.103 |
| <input type="checkbox"/> MATERASSO ANTIDECUBITO VENTILATO ESPANSO | cod. 03.33.06.018 |
| <input type="checkbox"/> MATERASSO ANTIDECUBITO AD ARIA CON COMPRESSORE | cod. 03.33.06.018 |
| <input type="checkbox"/> CAROZZINA A TELAIO RIGIDO TIPO "COMODA" | cod. 12.21.03.003 |

luogo e data

(Timbro e firma del Medico Prescrittore)