

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO UNICO

RICHIESTA PER LA FORNITURA A DOMICILIO DI PRESIDI E AUSILI

ASSISTITO _____ NATO IL _____

TESSERA SANITARIA/C.F. _____ RESIDENTE A _____

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO _____

PERSONA DI RIFERIMENTO (INFORMATA DELLA PRESCRIZIONE) _____

TELEFONO _____

LUOGO DI CONSEGNA _____ VIA _____ N° _____

SI INVITA AD ALLEGARE DOCUMENTAZIONE CLINICA SE PRESENTE

SUSSISTENZA DI

- INVALIDITA' CIVILE
 PRESENTAZIONE DOMANDA DI INVALIDITA' CIVILE
 ADI (I e II LIVELLO)

SI PROPONE LA SEGUENTE DOTAZIONE DI PRESIDI A DOMICILIO:

CODICE	DESCRIZIONE
<input type="checkbox"/> 18.12.07.006	LETTO REGOLABILE A DUE MANOVELLE
<input type="checkbox"/> 18.12.27.103	SPONDE PER LETTO
<input type="checkbox"/> 12.30.09.103	TRAPEZIO
<input type="checkbox"/> 03.33.06.021M	MATERASSO AD ELEMENTI INTERSCAMBIABILI
<input type="checkbox"/> 03.33.06.021C	COMPRESSORE
<input type="checkbox"/> 03.33.06.003	MATERASSO VENTILATO IN ESPANSO 195X85X14 CM (AD USO PREVENTIVO)
<input type="checkbox"/> 12.21.06.003	CARROZZINA-COMODA AD AUTOSPINTA SEDILE: CM _____
<input type="checkbox"/> 12.21.03.006	CARROZZINA-COMODA RECLINABILE MANOVRATA DA ACCOMPAGNATORE
<input type="checkbox"/> 12.24.21.103	SEDILE: CM _____
<input type="checkbox"/> 12.06.09.006	DEAMBULATORE ASCELLARE SCORREVOLE SU 4 RUOTE PIROETTANTI CON FRENO SU RUOTE
<input type="checkbox"/> 12.06.09.109	POSTERIORI
<input type="checkbox"/> 12.06.09.130	
<input type="checkbox"/> 12.06.09.009	DEAMBULATORE ROLLATORS SCORREVOLE SU 4 RUOTE PIROETTANTI CON FRENO
<input type="checkbox"/> 12.06.09.106	AZIONABILE A MANO
<input type="checkbox"/> 12.06.09.130	
<input type="checkbox"/> 12.06.09.142	
<input type="checkbox"/> 12.06.09.133	

ALTRO/VALUTAZIONE FUNZIONALE _____

PRESIDI DA RITIRARE: _____

DATA _____

DIMISSIONE PREVISTA PER IL (SOLO PER I RICOVERATI) _____

IL RICHIEDENTE
(MMG-FISIATRA-DIR. MED. UU.OO.)

IL RESPONSABILE DELL'ISTRUTTORIA
(FT-INF. COT/SPORTELLO)

IL DIRIGENTE MEDICO D.S.S.U.
(AUTORIZZATORE)