

SCHEDA PER LA FORNITURA
DI PRESIDI A SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI OSPITI DELLE STRUTTURE
RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE

CASA DI RIPOSO "BEGGIATO"

- VIA TRAVERSO – CONSELVE TEL. 049/9500732—FAX 049(9500656)
 HRSA 1 P. OSP. DI CONSELVE TEL/FAX 049/9598145
 HRSA 2 P. OSP. DI CONSELVE TEL/FAX 049/9598233

Cognome Nome nato il
 T.S. C.F.

Affetto da (diagnosi)
 Titolare di invalidità Civile
 Domanda di invalidità in corso effettuata in data

Si propone la seguente dotazione di presidi:

12.21.03.006 12.24.21.103	<input type="checkbox"/>	CARROZZINA A TELAIO RIGIDO <input type="text"/>
12.06.09.006 12.06.09.109 12.06.09.130	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE SCORREVOLE SU 4 RUOTE
03.33.06.021M	<input type="checkbox"/>	MATERASSO AD ARIA AD ELEMENTI INTERSCAMBIABILI
03.33.06.021C	<input type="checkbox"/>	COMPRESSORE PER MATERASSO AD ARIA
12.06.09.009 12.06.09.106 12.06.09.130 12.06.09.133 12.06.09.142	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE ROLLATORS
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Tempi previsti di impiego presidio

Significato terapeutico e riabilitativo

NEL CASO DI RICHIESTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA:

Il precedente presidio è ancora idoneo SI NO

CODICE

In caso di rinnovo indicare i motivi:

Data

IL MEDICO CURANTE