

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

“ LE ROSE ” CENTRO SERVIZI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI
 VIA DELLE ROSE, 18- LOZZO ATESTINO (PD) TEL. 0429/644544 FAX 0429/1652011

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