

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

**FONDAZIONE ISTITUTO PER ANZIANI “ S. TECLA ”**  
VIA PRA' 10/E – ESTE (PD) TEL. 0429/632211 FAX 0429/632285

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 e ancora idoneo  SI  NO

CODICE

In caso di rinnovo indicare i motivi:

Data

IL MEDICO CURANTE