

**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 (INFORMATI 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 <b>DUE MANOVELLE</b>
<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 <b>AUTOSPINTA</b> SEDILE: CM <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 12.21.03.006	CARROZZINA-COMODA RECLINABILE <b>MANOVRATA DA ACCOMPAGNATORE</b>
<input type="checkbox"/> 12.24.21.103	SEDILE: CM <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 12.06.09.006	DEAMBULATORE <b>ASCELLARE</b> 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 <b>ROLLATORS</b> 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/SPORTELLI)

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