

MEDICO OSPEDALIERO / MEDICO DI MEDICINA GENERALE: Dott. \_\_\_\_\_

**Dati dell'assistito:** Cognome e Nome: \_\_\_\_\_





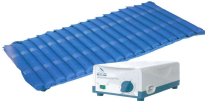








Data di nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Domicilio dove consegnare gli ausili (se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

☐ Invalidità riconosciuta ☐ invalidità in corso di riconoscimento (solo in caso di urgenza)

PRESCRIZIONE BARRARE CON UNA X	DESCRIZIONE	IMMAGINE ESEMPLIFICATIVA	RIPARAZIONE	PRESCRIZIONE BARRARE CON UNA X	DESCRIZIONE	IMMAGINE ESEMPLIFICATIVA	RIPARAZIONE
<input type="checkbox"/>	LETTO A 2 MANOVELLE (cod. 18.12.07.003)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOLLEVATORE ELETTRICO (cod. 12.36.03.006)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SPONDE DI CONTENIMENTO (cod. 18.12.91.006)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SEDIA PER WC E DOCCIA (cod. 09.12.03.006)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MATERASSO ANTIDECUBITO AD ARIA (cod. 04.33.06.015)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE STANDARD 2 RUOTE- 2 PUNTALI (cod. 12.06.06.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA A TELAIO RIGIDO (cod. 12.22.18.006)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATORE STANDARD DA ESTERNO (ROLLATOR) (cod. 12.06.09.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA STANDARD PIEGHEVOLE DI TRANSITO (cod. 12.22.18.003)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STAMPELLE (cod. 12.03.06.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CARROZZINA STANDARD PIEGHEVOLE AD AUTOSPINTA (cod. 12.22.03.003)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRIPODE (cod. 12.03.16.003)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CUSCINO ANTIDECUBITO (cod. 04.33.03.012)		<input type="checkbox"/>	Eventuali dimensioni particolari: _____			

ATTENZIONE: L'Asl consegnerà gli ausili da magazzino tra quelli disponibili al momento dell'evasione della pratica.

NOTA BENE:

- La prescrizione contemporanea di **letto, sponde, materasso e carrozzina rigida** è riservata al paziente allettato che rimane seduto poche ore al giorno.
- Il **sollevatore** è un presidio ingombrante e di difficile utilizzo: verificare che lo spazio e l'assistenza siano adeguati.
- Si prescrive la **carrozzina pieghevole**, in alternativa a letto/materasso, a chi può uscire di casa qualche ora al giorno; in questo caso la carrozzina a telaio rigido viene generalmente ritirata.
- Il **materasso** è indicato per pazienti allettati, il **cuscino antidecubito** per chi è costretto a stare seduto molte ore al giorno e sono generalmente alternativi.

Nel caso di paziente con disabilità grave/gravissima si consiglia di confrontarsi con il medico specialista che lo ha in carico affinché gli ausili rientrino in uno specifico Piano Riabilitativo Individuale.

Con la sottoscrizione della presente prescrizione il Medico attesta la sussistenza dei requisiti previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 per l'erogazione a carico SSN

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del medico: \_\_\_\_\_