

ISTANZA DI FORNITURA DI PROTESI, ORTESI E AUSILI TECNICI

Assistito _____
 Cognome _____ nome _____ data e luogo di nascita _____

Residenza _____
 Comune _____ frazione _____ via _____ numero civico _____ recapito telefonico _____

Domicilio (se diverso) _____
 Comune _____ frazione _____ via _____ numero civico _____ recapito telefonico _____

DOMANDA INVALIDITÀ CIVILE

Già in possesso di verbale domanda presentata Assistenza domiciliare

Quadro clinico , note e previsioni di recupero

PER IL PAZIENTE SOPRAINDICATO SI RICHIEDE LA FORNITURA DI:

12.21.03.003	Carrozzina: telaio rigido	12.30.09.103	Aggiuntivo: supporto (trapezio)
12.21.03.006	Carrozzina telaio rigido reclinabile	18.12.27.103	Aggiuntivo: sponde per letto
12.21.06.003	Carrozzina autospinta con W.C.	03.33.06.018	Materasso ad aria con compressore
12.21.09.003	Carrozzina ruote anteriori con W.C.	03.33.06.018	Materasso ad aria senza compressore
12.24.06.103	Aggiuntivo: cinghia pettorale	03.33.03.009	Cuscino materiale viscoelastico
12.24.15.103	Aggiuntivo: tavolino normale	PRESIDI IN DEROGA ALLE VIGENTI NORMATIVE	
18.12.07.003	Letto a manovella	12.21.06.045	Carrozzina pieghevole ruote piccole
18.12.07.006	Letto a due manovelle		

Firma e timbro MMG

DATA _____

Dichiarazione di congruenza clinica: Firma e timbro MMG

Data: