



PRESCRIZIONE AUSILI ASSISTENZIALI

Sig.

Nato il Telefono.....

Residente a Via.....

Affetto da

PRESCRIZIONE DI:

			prescr.	firma
CUSCINO ANTIDECUBITO	04.33.03.003	fibra cava siliconata		
MATERASSO ANTIDECUBITO	04.33.06.15	a gonfiaggio altern.		
	04.33.06.18	elementi interscamb.		
LETTO ORTOPEDICO	18.12.07.003 + 18.12.91.006	A due manovelle + sponde		
SPONDE	18.12.27.003	Universali		
ASTA SOLLEVAPERSONE	18.12.91.003	Asta sollevapersone		
SOLLEVATORE MOBILE ELETTRICO	12.36.03.006			
CARROZZINA PIEGHEVOLE- AUTOSPINTA	12.22.03.36	Largh. da 38 a 45 cm ad autospinta		
CARROZZINA PIEGH. DA TRANSITO	12.22.18.003			
RIALZO STABILIZZ. WC	09.12.15.006			
SEDIA COMODA	09.12.03.006			

Data

Il Medico di Medicina Generale
Timbro e firma

Inviare a: UFFICIO PROTESI

Fax: 0542/604340

Email: uff.protesica@ausl.imola.bo.it