



PRESCRIZIONE DI PRESIDI SANITARI
(DM 27-08-1999 n. 332)

Il/la Sig./ra _____

Nato/a il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tess. SSN n. _____

Affetto/a da _____

eventuale ulteriore precisazione:

- non autosufficiente per: deambulazione atti quotidiani disab. acustiche
 inserito/a in: A.D.I. onc. A.D.I. II/III livello disab. visive
necessita di:

_____ cod. _____
_____ cod. _____
_____ cod. _____
_____ cod. _____
_____ cod. _____

eventualmente riconducibili a _____

per prima fornitura
 rinnovo o sostituzione per _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO

1. Significato terap. e riabil. dell'ausilio _____
2. Tempi e durata di impiego dell'ausilio _____
3. Modalità di verifica dell'ausilio in relazione all'andamento del programma terapeutico _____
4. Controindicaz. e limiti d'impiego _____

Il Medico prescrittore
(timbro e firma)

Data _____