



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 \_\_\_\_\_