



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
REGIONE**

Azienda Unità Sanitaria Locale di

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

Il/La Sig./ra _____
Nato/a il _____ a _____ prov. _____
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

SALUTE+STORE
cod. _____
cod. _____
cod. _____
cod. _____
cod. _____

eventualmente riconducibili a _____

Per prima fornitura rinnovo o sostituzione per _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO

1. Significato terap. e riabi. dell'ausilio _____

2. Tempi e durata di impiego dell'ausilio _____

3. Modalità di verifica dell'ausilio in relazione all'andamento del progr. terapeutico _____

4. Controindicaz. e limiti d'impiego _____

Il Medico proscrittore
(timbro e firma)

Data _____