

RICHIESTA DI PROTESI / AUSILI

Paziente sig. / Sig.ra	data di nascita
residente a	tessera iscrizione SSN n°
invalidità civile	[] accertata percentuale riconosciuta%
accertamento	[] in
diagnosi	

si richiede :

<input type="checkbox"/> letto articolato	<input type="checkbox"/> pannoloni N°/die
<input type="checkbox"/> materassino antidecubito	<input type="checkbox"/> traverse letto N°/die
<input type="checkbox"/> sponde per letto	<input type="checkbox"/> cateteri
<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> sacche raccolta urine
<input type="checkbox"/> comoda	<input type="checkbox"/> sacchetti stomia
<input type="checkbox"/> deambulatore	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tripode	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>