

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 \_\_\_\_\_