

**DISTRETTO SOCIO-SANTARIO DI CAMPOBASSO/ISERNIA/TERMOLI**

**RICHIESTA FORNITURA AUSILI per ASSISTITI ARRUOLATI NELLE CURE DOMICILIARI  
da parte del MMG e PLS**

Per il Sig/Sig.ra.....nato il.....

Cod. Fisc.....Tel.....Cell.....

In quanto affetto da.....

Pz. Invalido SI  NO  Pz. Istante in attesa di accertamento invalidità SI  NO

Si richiede la fornitura dei seguenti ausili:

Letto ad una manovella regolabile manualmente 181207003

Letto a due manovelle regolabile manualmente 181207006

Sponde per letto 181227103

Supporto per alzarsi dal letto 123009103

Materasso antidecubito ad aria con compressore 033306018

Carrozzina a telaio rigido manovrabile dall'accompagnatore (comoda) 122103003

122103006

(quella con codice 122103006, ha le stesse caratteristiche della precedente tranne:

- Schienale reclinabile almeno di 80°,

- Pedane ad inclinazione regolabile con appoggia polpacci e poggiapiedi regolabili e/o ribaltabili)

Variazione larghezza seduta (inf. a 40 cm oppure compresa tra 45 e 50 cm) 122406121

Variazione larghezza seduta (sup. a 50 cm) 122406124

Carrozzina pieghevole ad autospinta con due mani sulle ruote posteriori 122106039

di transito (manovrabile dall'accompagnatore) 122106045

Cuscino antidecubito in materiale viscoelastico compatto 033303009

A bolle d'aria a micro interscambio 033303015

Deambulatore scorrevole su quattro ruote piroettanti

- senza freno di stazionamento 120609003

- con freno di stazionamento su ruote 120609006

- con freno azionabile a mano 120609009

Ausili per evacuazione

- sedia per wc e doccia 091203003

- rialzo stabilizzante per wc 091224003

Sollevatore mobile a imbracatura polifunzionale 123603003

Imbracatura con contenzione del capo 123603103

.....  
Data

.....  
Timbro e Firma MMG/PLS

*Preso visione della richiesta da parte del MMG e del PLS, il Medico Responsabile dell'Assistenza Protesica autorizza*

.....  
Data

.....  
Firma del medico che autorizza