

PRESCRIZIONE DI PROTESI ED AUSILI ai sensi del DPCM 12.01.2017

ASSISTITA/O _____ nt. il _____

Diagnosi circostanziata:

☐ PRIMA FORNITURA ☐ RINNOVO

DESCRIZIONE PRESIDIO

Codici N.T.

☐ letto elettrico

18.12.10.009

☐ letto Alzheimer

18.12.10.009A



☐ con limitazioni motorie che obbligano a lunghe permanenze in posizione distesa per almeno il 60% nell'arco della giornata

☐ Materasso ventilato in espanso

04.33.06.006

☐ Materasso ad aria con compressore

04.33.06.018

Forte e concreto rischio di insorgenza di una ulcerazione cutanea:

☐ sì

☐ no

Adattamenti/note per il tecnico ortopedico:

FINALITÀ: ☐ prevenzione ☐ cura ☐ riabilitazione ☐ compensazione di deficit

La documentazione relativa al **programma terapeutico** va conservata dal medico prescrittore.

NOTE:

IL MEDICO PRESCRITTORE

(timbro e firma)

Luogo e data.....

VERSCHREIBUNG VON PROTHESEN UND HILFSMITTELN laut DPCM 12.01.2017

BETREUTE/R _____ geb. am _____

Ausführliche Diagnose:

☐ ERSTVERSCHREIBUNG ☐ ERNEUERUNG

BESCHREIBUNG HILFSMITTEL

Kodexe T.V.

- ☐ Elektrisches Pflegebett 18.12.10.009
- ☐ Alzheimer Bett 18.12.10.009A



- ☐ mit motorischen Einschränkungen, welche über einen längeren Zeitraum hinweg eine liegende Position von wenigstens 60% des Tages erfordern

- ☐ Belüftete Schaumstoffmatratze 04.33.06.006
- ☐ Luftmatratze mit Kompressor 04.33.06.018

Hohes und konkretes Risiko eines Druckgeschwürs:

- ☐ ja
- ☐ nein

Anpassungen/Bemerkungen für den Orthopädietechniker:

ZWECK: ☐ Prävention ☐ Pflege ☐ Rehabilitation ☐ Ausgleich des Defizits

Die Unterlagen bezüglich des **Therapieprogramms** werden vom verschreibenden Arzt aufbewahrt.

BEMERKUNGEN:

.....

DER VERSCHREIBENDE ARZT
(Stempel und Unterschrift)

Ort und Datum.....