

## 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.

- ☐ carrozzina pieghevole ad  
autospinta sulle ruote posteriori  
Larghezza del sedile  
..... cm
- ☐ carrozzina pieghevole a spinta  
Larghezza del sedile  
..... cm

12.22.03.003

..... cm

12.22.18.003

..... cm



### Aggiuntivi

- ☐ cinghia pettorale imbottita
- ☐ cinghia a bretellaggio imbottita
- ☐ appoggiatesta imbottito, regolabile  
in altezza, profondità ed angolazione
- ☐ appoggiagambe a contenimento  
regolabile
- ☐ tavolino trasparente con incavo  
avvolgente, regolabile in altezza e  
inclinazione
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

12.27.91.027

12.27.91.033

12.27.91.036

12.27.91.039

12.27.91.051



### Cuscini

- ☐ cuscino ad aria
- ☐ cuscino in fibra cava siliconata
- ☐ cuscino in gel fluido

04.33.03.015

04.33.03.003

04.33.03.012

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: .....

.....

Luogo e data.....

IL MEDICO PRESCRITTORE

(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## VERSCHREIBUNG VON PROTHESEN UND HILFSMITTELN laut DPCM 12.01.2017

BETREUTE/R \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Ausführliche Diagnose: .....

☐ ERSTVERSCHREIBUNG ☐ ERNEUERUNG

### BESCHREIBUNG HILFSMITTEL

☐ faltbarer Rollstuhl mit  
 Antriebsring auf Hinterrädern  
 Sitzbreite ..... cm

☐ faltbarer Schieberollstuhl  
 Sitzbreite ..... cm

### Kodexe T.V.

12.22.03.003

..... cm

12.22.18.003

..... cm



### ZUSÄTZE

☐ gepolsterter Brustgurt 12.27.91.027

☐ gepolsterter Schultergurt 12.27.91.033

☐ gepolsterter Kopfstütze, einstellbar  
 in Höhe, Tiefe und Winkel 12.27.91.036

☐ verstellbare Beinstützen 12.27.91.039

☐ Tisch (auch aus durchsichtigem Material) 12.27.91.051  
 mit umlaufender Ausparung und Rand, höhen-  
 und winkelverstellbar

☐ .....

☐ .....

☐ .....



### KISSEN

☐ Luftkissen 04.33.03.015

☐ Kissen aus hohlen und  
 silikonierten Kunstfasern 04.33.03.003

☐ Gelkissen 04.33.03.012

Anpassungen/Bemerkungen für den Orthopädietechniker:

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

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

BEMERKUNGEN: .....  
.....

Ort und Datum.....

DER VERSCHREIBENDE ARZT  
(Stempel und Unterschrift)

\_\_\_\_\_