

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.

- | | |
|---|--------------|
| ☐ seggiolone a configurazione fissa | 18.09.21.003 |
| Larghezza del sedile | cm |
| ☐ seggiolone a configurazione regolabile | 18.09.21.006 |
| Larghezza del sedile | cm |

Aggiuntivi

- | | |
|---|--------------|
| ☐ divaricatore imbottito regolabile ed estraibile | 18.09.91.003 |
| ☐ cinghia pettorale imbottita | 18.09.91.012 |
| ☐ cinghia a bretellaggio imbottita | 18.09.91.018 |
| ☐ appoggiatesta imbottito, regolabile in altezza e profondità e angolazione | 18.09.91.033 |
| ☐ tavolino trasparente con incavo avvolgente, regolabile in altezza e inclinazione | 18.09.91.051 |
| ☐ | |
| ☐ | |
| ☐ | |

Cuscini

- | | |
|---|--------------|
| ☐ cuscino ad aria | 04.33.03.015 |
| ☐ cuscino in fibra cava siliconata | 04.33.03.003 |
| ☐ cuscino in gel fluido | 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

Kodexe T.V.

- | | |
|--|--------------|
| ☐ Hochstuhl mit fester Konfiguration | 18.09.21.003 |
| Sitzbreite | cm |
| ☐ Hochstuhl mit einstellbarer Konfiguration | 18.09.21.006 |
| Sitzbreite | cm |



ZUSÄTZE

☐ ZUSÄTZE

- | | |
|--|--------------|
| ☐ verstellbarer und abnehmbarer gepolsterter Spreizkeil | 18.09.91.003 |
| ☐ gepolsterter Brustgurt | 18.09.91.012 |
| ☐ gepolsterter Schultergurt | 18.09.91.018 |
| ☐ gepolsterte Kopfstütze, einstellbar in Höhe, Tiefe und Winkel | 18.09.91.033 |
| ☐ durchsichtiger Tisch mit umlaufender Aussparung, höhen- und neigungsverstellbar | 18.09.91.051 |
| ☐ | |
| ☐ | |
| ☐ | |

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)
