

**A.S.L. TO5**Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Sede legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (TO) - C.F. e P.I. 06827170017

Modello B**MODULO DI PRESCRIZIONE AUSILI NON PERSONALIZZATI PER LA ASSISTENZA IN RSA**

IL SIG. _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____

VIA _____ N. _____ AFFETTO DA _____

RECAPITI TELEFONICI RSA _____

**CON ELEVATO LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA INSERITO IN RSA
NECESSITA DEL SEGUENTE MATERIALE:**

<input type="checkbox"/> CARROZZINA COMODA CON TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA con ruote grandi ant. con WC	12.21.09.003
<input type="checkbox"/> CARROZZINA COMODA CON TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA con ruote grandi ant. con senza WC	12.21.09.006
<input type="checkbox"/> CARROZZINA CON TELAIO RIGIDO con ruote grandi post. senza WC	12.21.06.006
<input type="checkbox"/> CARROZZINA CON TELAIO RIGIDO con ruote grandi post. con WC	12.21.06.003
<input type="checkbox"/> CARROZZINA SERVOASSISTITA senza WC	12.21.03.009
Aggiuntivo: 4 ruote 200mm	
Aggiuntivi (se necessari) comuni alle suddette tipologie di carrozzina	
<input type="checkbox"/> Variazione larghezza sedile (inferiore a 40 o tra 45 e 50 cm)	12.24.06.121
<input type="checkbox"/> Variazione larghezza sedile (superiore a 50 cm)	12.24.06.124
<input type="checkbox"/> Tavolino con incavo avvolgente e bordi	12.24.15.106
<input type="checkbox"/> Tavolino semplice	12.24.15.103
<input type="checkbox"/> Cinghia pettorale (allegare preventivo)	12.24.06.103
<input type="checkbox"/> Cinghia pelvica (allegare preventivo)	18.09.39.163

(Barrare con una x la voce interessata)

Data _____

Timbro Firma del Medico Prescrittore

AUTORIZZAZIONE N° _____ IMPORTO € _____
DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL COMPONENTE L'EQUIPE _____

COLLAUDO ACCERTATA LA CONGRUENZA CLINICA E RISPONDENZA DEL DISPOSITIVO E I SUOI EVENTUALI AGGIUNTIVI
DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____