

**RICHIESTA DISPOSITIVI ASSISTENZA PROTESICA**

DA INVIARE VIA E-MAIL
ALL'UFFICIO PROTESICA di LECCO: protesica.lecco@asst-lecco.it

COGNOME E NOME _____	tessera sanitaria _____
Data di nascita _____	residente a _____
Via _____	N. _____ citofono _____
Tel. _____	e-mail _____
Familiare di riferimento _____	Tel. _____
Stato di avente diritto:	<input type="checkbox"/> INVALIDITA' ACCERTATA <input type="checkbox"/> ISTANTE IN ATTESA DI ACCERTAMENTO nelle condizioni di non autosufficienza <input type="checkbox"/> MINORE DI ANNI 18 AFFETTO DA GRAVE DISABILITA' <input type="checkbox"/> DONNE CHE ABBIANO SUBITO UN INTERVENTO DI MASTECTOMIA
DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA E MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA:	
.....	
.....	
.....	
.....	

RICHIESTA DISPOSITIVI PROTESICI: PRIMA FORNITURA
 SOSTITUZIONE/RIPARAZIONE PER

Dati assistito: **Peso kg** _____ **Altezza cm** _____

Descrizione ausilio	Codice
MATERASSO ANTIDECUBITO	<input type="checkbox"/> 04.33.06.006 MATERASSO IN ESPANSO COMPOSITO (preventivo) <input type="checkbox"/> 04.33.06.018A MATERASSO AD ARIA CON COMPRESSORE (preventivo)
LETTO ORTOPEDICO	<input type="checkbox"/> 18.12.07.003 LETTO ORTOPEDICO MANUALE A 2 SNODI SENZA RUOTE <input type="checkbox"/> 18.12.91.006 SPONDE <input type="checkbox"/> 18.12.91.003 SUPPORTO PER ALZARZI DAL LETTO (TRIANGOLO O ASTA) <input type="checkbox"/> 18.12.27.003 SPONDE UNIVERSALI
SOLLEVATORE	<input type="checkbox"/> 12.36.03.006 SOLLEVATORE MOBILE ELETTRICO <input type="checkbox"/> 12.36.21.003M IMBRACATURA STANDARD A CAPO LIBERO <input type="checkbox"/> 12.36.21.006M IMBRACATURA CON CONTENZIONE CAPO



SEDIA WC / DOCCIA	<input type="checkbox"/> 09.12.03.006 SEDIA PER WC E DOCCIA <input type="checkbox"/> 09.12.03.012 SEDIA PER WC E DOCCIA AD AUTOSPINTA <input type="checkbox"/> 09.12.12.003 SGABELLO WC <input type="checkbox"/> 09.12.03.003 SEDIA A COMODA SENZA RUOTE
CARROZZINA COMODE CON WC (non più in catalogo – possibile fornitura solo a seguito di recupero usato)	<input type="checkbox"/> 12.21.03.003 CARROZZINA A TELAIO RIGIDO MANOVRABILE DA ACCOMPAGNATORE (4 ruote piccole) CON WC <input type="checkbox"/> 12.21.03.006 CARROZZINA A TELAIO RIGIDO RECLINABILE MANOVRATA DA ACCOMPAGNATORE (4 ruote piccole) CON WC Misure seduta cm
CARROZZINE CON TELAIO RIGIDO SENZA WC	<input type="checkbox"/> 12.22.18.006A CARROZZINA A SPINTA CON TELAIO RIGIDO CON RUOTE MEDIE <input type="checkbox"/> 12.22.18.006B CARROZZINA A SPINTA CON TELAIO RIGIDO CON RUOTE GRANDI <input type="checkbox"/> 12.22.18.009A CARROZZINA A SPINTA CON TELAIO BASCULANTE CON RUOTE POSTERIORI MEDIE Modello Nuova Blandino SERVANT <input type="checkbox"/> 12.22.18.009B CARROZZINA A SPINTA CON TELAIO BASCULANTE CON RUOTE POSTERIORI GRANDI Modello Nuova Blandino SERVANT Misura seduta cm
CARROZZINE PIEGHEVOLI STANDARD	<input type="checkbox"/> 12.22.03.003A CARROZZINA AD AUTOSPINTA SULLE RUOTE POSTERIORI PIEGHEVOLE A GOMMATURA PIENA (ex 12.21.06.039) <input type="checkbox"/> 12.22.03.003B CARROZZINA AD AUTOSPINTA SULLE RUOTE POSTERIORI PIEGHEVOLE A GOMMATURA PNEUMATICA (ex 12.21.06.039) <input type="checkbox"/> 12.22.18.003 CARROZZINA A SPINTA CON TELAIO PIEGHEVOLE (ex 12.21.06.045) Misura seduta cm
CUSCINO Misure: idoneo solo per carrozzine, non per altre sedute (sedie, poltrone, divani,ecc.)	<input type="checkbox"/> 04.33.03.003 CUSCINO IN FIBRA CAVA SILICONATA indicare misure carrozzina pieghevole in uso (larghezza e profondità) cm x cm
PROTESI MAMMARIA (RINNOVO)	<input type="checkbox"/> 06.30.18.006 PROTESI MAMMARIA bilaterale: [SI] [NO]

Tutto quanto non compreso nel presente elenco potrà essere richiesto con altra istanza dove dovrà essere segnalato oltre ai dati del paziente e la sua patologia, il tipo di ausilio richiesto e la motivazione della richiesta.

Data compilazione

Timbro e Firma del MMG