



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

PRESCRIZIONE AUSILI ASSISTENZIALI

Sig.

Nato ail Telefono

Residente a Via.....

Affetto da

PRESCRIZIONE DI:

			prescr.	firma
CUSCINO ANTIDECUBITO	04.33.03.003	fibra cava siliconata	☐	
MATERASSO ANTIDECUBITO	04.33.06.015	a gonfiaggio altern.	☐	
	04.33.06.018	elementi interscamb.	☐	
LETTO ORTOPEDICO	18.12.07.003 + 18.12.91.006	A due manovelle + sponde	☐	
SPONDE	18.12.27.003	Universali	☐	
ASTA SOLLEVAPERSONE	18.12.91.003		☐	
SOLLEVATORE MOBILE ELETTRICO	12.36.03.006		☐	
CARROZZINA PIEGH. AUTOSPINTA	12.22.03.003	Larghezza seduta 40 - 43 - 45 cm	☐	
CARROZZINA PIEGH. DA TRANSITO	12.22.18.003	Larghezza seduta 40 - 43 - 45 cm	☐	
RIALZO STABILIZZ. WC	09.12.15.006		☐	
SEDIA WC/DOCCIA	09.12.03.006		☐	

Data

Il Medico di Medicina Generale
Timbro e firma

Inviare a: **UFFICIO PROTESI**

Fax: **0542/604340**

Email: **uff.protesica@ausl.imola.bo.it**