

Ricetta permanente per autosondaggio ed incontinenza

Medico prescrivente

Validità ☐ 1 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 12 mesi

Data

Firma

Dati personali

Cognome	Nome	
Strada	N°	
CP	Luogo	
Telefono		
Data di nascita		
Tipo di fatturazione	☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ AI Assicurazione invalidità	
Cassa malattia/Assicurazione		
N° d'assicurato / AVS		

Denominazione EMap

Grado d'incontinenza per prodotti assorbenti: ☐ Incontinenza media 15.01.01.00.1 ☐ Incontinenza forte 15.01.02.00.1 ☐ Incontinenza totale 15.01.03.00.1	Condom urinari & Accessori ☐ Condom urinari 15.16 ☐ Sacche da gamba 15.14
Autosondaggio intermittente ☐ Cateteri monouso 15.10	
6 8 10 12 14 16	

No d'articolo	Descrizione	Charrière / Taglia	Quantità

Altro indirizzo di consegna:

Note: