

Aiuti alla mobilità per persone con disabilità**MODULO D'ORDINE****RITIRO INDIRIZZO****INDIRIZZO DI FATTURAZIONE**

Nome / Istituzione

Nome

Strada

Strada

CAP / località

CAP / località

Pers. di contatto / Tel

Pers. di contatto / Tel

INFORMAZIONI PAZIENTE

Paziente / Numero caso

Nome

Data di nascita

Reparto / stanza

Centro di costo

Presta particolare attenzione

Paziente oltre i 90 kg Sì NoIsolamento Sì No**TIPO DI TRASPORTO** Dire bugie Nella tua sedia a rotelle Con una sedia a rotelle (Handicap TAXI) Sedia da trasporto A destinazione: scale senza ascensore (sedia da trasporto) Secondo assistente al trasporto**DEVE ESSERE PRESA IN TRASPORTO** Rollator Bastoni da passeggio Ossigeno _____ l/min. Accompagnatore (parenti ecc.) Infusione Infusomat Molti bagagli**DATA DI TRASPORTO** LU MA ME GI VE SA DO

Data di partenza

Orario di partenza

Ora dell'appuntamento

Destinaz.

Dipartimento

Strada

Tel.

CAP / località

Data di ritorno