

## FAC SIMILE

### PAZIENTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via/c.da \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

f. persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.

### SPECIFICARE PARAMETRI

Dichiaro di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del medico

\_\_\_\_\_