

Io sottoscritto Dott/Dott.ssa _____ dichiaro che il paziente
Sig./Sig.ra _____ da me visitato, presenta una menomazione
permanente della funzionalità respiratoria che rende necessario l'utilizzo di un supporto di
ossigeno/supporto ventilatorio, in particolare nel periodo di riposo notturno.

Il paziente necessita, pertanto, di trattamento con dispositivo:

Concentratore di ossigeno

dispositivo ventilatorio modello _____

continuativo nel tempo, con opportuni controlli periodici.

Luogo e data

In fede

(timbro e firma medico)