Io sottoscritto Dott./Dott.ssa …………………………………………………… dichiaro che il Paziente ………………………………………….………….., da me visitato, presenta una menomazione permanente della funzionalità respiratoria che rende necessario l’utilizzo di un supporto ventilatorio, nel periodo del riposo notturno.

Il Paziente necessita pertanto di trattamento con dispositivo CPAP/AutoCPAP, continuativo nel tempo, con opportuni controlli periodici.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_