



## SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

### TÕEND

**Abivahendi vajaduse kohta.** Allpool toodud väljade täitmine on kohustuslik v.a abivahendi vajaduse põhjendus, mis on soovituslik

### ISIKU ANDMED

Eesnimi: **MAIE**

Perekonnanimi: **PAISTIK**

Isikukood: **44102050256**

### SOOVITATUD ABIVAHENDID (abivahendi ISO-kood, nimetus või kirjeldus)

Täiendavat infot riigipoolt kompenseeritavate abivahendite kohta saab Sotsiaalkaitseministri määruse nr. 74 lisast

madratsid lamatiste vältimiseks 04.33.06; tualetitool 09.12.03; naha kaitse ja puhastamise vahendid 09.21.06, 09.21.09; uriini absorbeerivad abivahendid 09.30.18, 09.30.21, imavad aluslinad 09.30.00; vannitool 09.33.03; abivahendid pesemiseks 09.33.30; rulaator 12.06.06, 12.06.12; käsipuu tõusmiseks 12.31.09; funktsionaalne voodi 18.12.10; käepidemed 18.18.06  
12.22.09- kahekäeratastool aktiivsusgrupp I  
04.33.03- istmepadjad jm. tooted lamatiste vältimiseks  
09.12.33- siibrid

### ABIVAHENDI VAJADUSE PÕHJENDUS (diagnoosist või funktsioonihäirest lähtuvalt):

### TÕENDI VÄLJASTAJA ANDMED

Eesnimi: **Pille**

Perekonnanimi: **Sillaste**

Ametikoht: **anestesioloog**

Asutus: **PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA**

Registrikood: **90006399**

Adress: **SÜTISTE TEE 19, TALLINN**

Kontakt (telefoninumber, e-post):

Allkiri

Kuupäev: **18.03.22**

