

Prescrizione per Ergoterapia

Dati personali

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Via _____

NPA / Luogo _____

Telefono privato / Cellulare _____

Datore di lavoro / Luogo di lavoro _____

Telefono professionale _____

Assicuratore _____

No. assicurato _____

No. AVS _____

No. decisione AI _____

Indirizzo della ergoterapia

Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare dal medico

LaMAL

Valutazione (2 sedute)

una serie di trattamenti (max. 9 sedute)

più di una serie: numero _____

Oppure valida fino al _____

LAINF / LAM

una serie di trattamenti (max. 9 sedute)

più di una serie (max.4): numero _____

trattamento di lunga durata (da 5 serie, consultazione dell'assicurazione)

LAI: valida fino al _____

Luogo del trattamento centro, studio, ambulatorio domicilio istituto (per es casa anziani)

Obiettivo del trattamento

Migliorare o mantenere le funzioni fisiche come contributo all'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana

Attenuare le conseguenze della malattia nell'ambito di una cura psichiatrica

Causa

Malattia Incidente Infermità congenita

Diagnosi / Motivo del trattamento

Medico (timbro), No. RCC e GLN

Data e firma

Ergoterapista (timbro), No. RCC e GLN

Data e firma

in collaborazione con CRS, CTM e santésuisse

Osservazione all'attenzione del medico prescrivente:

Inviare separatamente le informazioni per l'ergoterapista (data dell'incidente, inizio della malattia, data dell'operazione, precauzioni necessarie, schema di trattamento, ecc.) per favore.