

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)

Obbiettivo 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.