

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

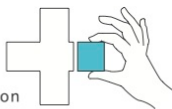


Data e firma

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.



Informazioni sulla riabilitazione della mano

Dati personali

Nome

Cognome

Data di nascita

Motivo del trattamento

Diagnosi:

Data dell'infortunio / Inizio della malattia :

Operazione:

Data dell'operazione:

trattamento

Schema relativo al trattamento:

☐ immobilizzazione

☐ stabile al movimento

☐ stabilità parziale al carico

☐ carico completo

☐ ortesi

Informazioni sulla terapia:

Misure precauzionali:

Osservazioni:

☐ Si prega di fissare una consultazione

Osservazioni destinate al medico che ha prescritto la terapia e all'ergoterapista:

per motivi di protezione dei dati, queste informazioni non possono essere trasmesse alle assicurazione sanitaria.

Si prega di non stampare il modulo fronte-retro.