

## Prescrizione per Ergoterapia

### Dati personali

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Luogo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Assicuratore \_\_\_\_\_  
No. assicurato \_\_\_\_\_

### Indirizzo dell'ergoterapia

### Trattamento / Diagnosi

Trattamento \_\_\_\_\_ Numero trattamenti: \_\_\_\_\_  è probabile che una seconda serie sarà necessaria  
Luogo del trattamento  al centro, studio  a domicilio  nell'istituzione

#### Obiettivi del trattamento

- Migliorare le funzioni corporali per migliorare o preservare l'autonomia nelle attività della vita quotidiana
- Attenuare le conseguenze della malattia nell'ambito di un trattamento psichiatrico

#### Diagnosi

(con accordo del paziente)

- Comunicazione della diagnosi al medico di fiducia  
 Malattia  Incidente  Invalidità

#### Medico

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (timbro con No RCC)

In collaborazione con CRS, santésuisse e CTM



### Informazioni per l'Ergoterapista

#### Precisione della diagnosi

Data dell'incidente / inizio della malattia: \_\_\_\_\_  
Data dell'operazione: \_\_\_\_\_  
Altri informazioni: \_\_\_\_\_

#### Tipo di trattamento

- motorie / sensoriali  
 percettive / cognitive  
 Altro:  
 Ortesi  
 Mezzi ausiliari

Osservazioni, precauzioni: \_\_\_\_\_