

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.