|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dati personali |  | Indirizzo della ergoterapia |
| 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  |  |
|  |  |  |
| Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare dal medico  |
| LaMAL LAINF / LAM [ ]  Valutazione (2 sedute) [ ]  una serie di trattamenti (max. 9 sedute)[ ]  una serie di trattamenti (max. 9 sedute) [ ]  più di una serie (max.4): numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  più di una serie: numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  trattamento di lunga durata (da 5 serie, consultazione dell’assicurazione)  Oppure valida fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 congenitaDiagnosi / 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