# Prescrizione per l'ergoterapia

| Dati personali del*la paziente |
|---|
| Nome |
| Cognome |
| Data di nascita |
| Via |
| CAP / Città |
| Telefono Cellulare / Privato |
| Datore di lavoro / Località |
| Ente assicurativo |
| N. di assicurazione/infortunio |
| N. AVS |
| AI: n. decisione |

**Indirizzo ergoterapia**

**Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare da parte del medico**

**LAMal**

- ☐ Valutazione (2 sedute) OPPURE
- ☐ una serie (max. 9 sedute)
- ☐ più cicli: numero
- ☐ trattamento a lungo termine (a partire dal 5° ciclo, previa consultazione con l'assicurazione)

**LAINF / LAM**

- ☐ una serie (max. 9 sedute)
- ☐ più serie (max. 4): numero
- ☐ trattamento a lungo termine (a partire dal 5° ciclo, previa consultazione)
- ☐ **LAI**

**Luogo del trattamento** ☐ centro, studio ☐ domicilio ☐ istituzione (ad es. casa di cura)

**Obiettivo del trattamento**

- ☐ Miglioramento o mantenimento delle funzioni fisiche come contributo all'autonomia nelle attività quotidiane
- ☐ Alleviare la malattia psichica nell'ambito di un trattamento psichiatrico
- ☐ **SOLO LAMal:** misure di prevenzione delle cadute per persone di età superiore ai 65 anni con rischio di caduta da moderato ad elevato

**Causa**

☐ Malattia ☐ Incidente ☐ Infermità congenite (IC)

**Diagnosi / Motivo del trattamento** (classificato o descrittivo)

**Medico: n. RCC e GLN**

_____

Data e firma

**Ergoterapista: n. 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 delle malattia, data dell'operazione, precauzioni necessarie, schema di trattamento, ecc.) per favore.