

Prescrizione per l'ergoterapia

Dati personali

Nome Inserisci testo

Cognome Inserisci testo

Data di nascita Inserisci testo

Via Inserisci testo

CAP / Città Inserisci testo

Telefono Cellulare / Privato Inserisci testo

Datore di lavoro / Località Inserisci testo

Ente assicurativo Inserisci testo

Numero di assicurazione/infortunio Inserire testo

N. AVS Inserire testo

Al: n. decisione Inserire testo

Indirizzo ergoterapia

Clicca o tocca qui per inserire il testo.

Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare da parte del medico

LAMal

Valutazione (2 sedute) OPPURE

una serie di trattamenti (max. 9 trattamenti)

più cicli: numero inserire testo

con l'assicurazione)

LAINF / LAM

una serie di trattamenti (max. 9 trattamenti)

più serie (max. 4): numero inserire testo

trattamento a lungo termine (a partire dal 5° ciclo, previa consultazione

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 Malformazione congenita (Gg)

Diagnosi / Motivo del trattamento (classificato o descrittivo)

Clicca o tocca qui per inserire il testo.

Medico: n. RCC e GLN

Data e firma

Ergoterapista: n. RCC e GLN

Data e firma

Redatto in collaborazione con CRS, CTM e prio.swiss

Nota per il medico prescrittore:

Si prega di inviare separatamente le informazioni destinate all'ergoterapista (data dell'incidente, data di insorgenza della malattia, data dell'intervento chirurgico, precauzioni, schema terapeutico ecc.).