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.

Schweizerische Gesellschaft für Handrehabilitation
Société Suisse de Rééducation de la Main
Società Svizzera per la Rieducazione della Mano

Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie **SGH**
Société Suisse de Chirurgie de la Main **SSCM**
Società Svizzera di Chirurgia della Mano **SSCM**

Informazioni sulla **riabilitazione** della mano

Dati personali del*la paziente
Nome
Cognome
Data di nascita

Motivo del trattamento
Diagnosi:
Data dell'infortunio / Inizio della malattia :
Operazione:
Data dell'operazione:

trattamento		
Schema relativo al trattamento:		
☐ immobilizzazione	☐ stabile al movimento	☐ stabilità parziale al carico
☐ carico completo		
☐ ortesi		
Informazioni sulla terapia:		
Misure precauzionali:		
Osservazioni:		
☐ Si prega di fissare una consultazione		

Osservazioni destinate al medico che ha prescritto la terapia e all'ergoterapista:
per motivi di protezione dei dati, queste informazioni non possono essere trasmesse alle assicurazione sanitaria.
Si prega di non stampare il modulo fronte-retro.