

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 con l'assicurazione)

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

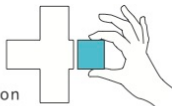
Ergoterapista: n. RCC e GLN

Data e firma

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 malattie, data dell'operazione, precauzioni necessarie, schema di trattamento, ecc.) per favore.



Informazioni sulla riabilitazione della mano

Dati personali

Nome

Cognome

Data di nascita

Motivo del trattamento

Diagnosi:

Data dell'infortunio / Inizio della malattia :

Operazione:

Data dell'operazione:

Post-trattamento

Schema relativo al trattamento:

immobilizzazione

stabile al movimento

stabilità parziale

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.