

Prescrizione per l'ergoterapia

Dati personali

Nome

Cognome

Data di nascita

Via

CAP / Città

Telefono Cellulare / Privato

Datore di lavoro / Località

Ente assicurativo

Numero di assicurazione/infortunio

N. AVS

Al: n. decisione

Indirizzo ergoterapia

Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare da parte del medico

LAMal

- Valutazione (2 sedute) OPPURE
 una serie di trattamenti (max. 9 trattamenti)
 più cicli: numero ___

LAINF / LAM

- una serie di trattamenti (max. 9 trattamenti)
 più serie (max. 4): numero ___
 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)

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.).