

# 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. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_
- con l'assicurazione)

### 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

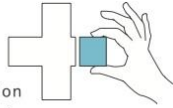
### Ergoterapista: n. RCC e GLN

\_\_\_\_\_  
Data e firma

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.