

Prescrizione per Ergoterapia

Dati personali

Cognome _____
 Nome _____
 Data di nascita _____
 Via _____
 NPA / Luogo _____
 Telefono privato / Cellulare _____
 Datore di lavoro / Luogo di lavoro _____
 Telefono professionale _____
 Assicuratore _____
 No. assicurato _____
 No. AVS _____
 No. decisione AI _____

Indirizzo della ergoterapia

Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare dal medico

LaMAL

- Valutazione (2 sedute)
 una serie di trattamenti (max. 9 sedute)
 più di una serie: numero _____
 Oppure valida fino al _____

LAINF / LAM

- una serie di trattamenti (max. 9 sedute)
 più di una serie (max.4): numero _____
 trattamento di lunga durata (da 5 serie, consultazione dell'assicurazione)
 LAI: valida fino al _____

Luogo del trattamento centro, studio, ambulatorio domicilio istituto (per es casa anziani)

Obbiettivo del trattamento

- Migliorare o mantenere le funzioni fisiche come contributo all'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana
 Attenuare le conseguenze della malattia nell'ambito di una cura psichiatrica

Causa

- Malattia Incidente Infermità congenita

Diagnosi / Motivo del trattamento

Medico (timbro), No. RCC e GLN

 Data e firma

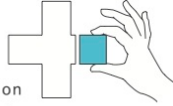
Ergoterapista (timbro), No. RCC e GLN

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



Informazioni sulla terapie 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

resistenza al movimento

resistenza parziale al carico

resistenza completa al carico

Ferula

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 assicurazioni.

Si prega di non stampare il modulo fronte-retro.