

Prescrizione per Ergoterapia

Dati personali

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita _____
Via _____
NPA/Luogo _____
Telefono _____
Assicuratore _____
No. assicurato _____

Indirizzo dell'ergoterapia

Trattamento / Diagnosi

Trattamento _____ Numero trattamenti: _____ è probabile che una seconda serie sarà necessaria
Luogo del trattamento al centro, studio a domicilio nell'istituzione

Obiettivi del trattamento

- Migliorare le funzioni corporali per migliorare o preservare l'autonomia nelle attività della vita quotidiana
- Attenuare le conseguenze della malattia nell'ambito di un trattamento psichiatrico

Diagnosi

(con accordo del paziente)

- Comunicazione della diagnosi al medico di fiducia
 Malattia Incidente Invalidità

Medico

Data: _____ Firma: _____ (timbro con No RCC)

In collaborazione con CRS, santésuisse e CTM



Informazioni per l'Ergoterapista

Precisione della diagnosi

Data dell'incidente / inizio della malattia: _____
Data dell'operazione: _____
Altri informazioni: _____

Tipo di trattamento

- motorie / sensoriali
 percettive / cognitive
 Altro:
 Ortesi
 Mezzi ausiliari

Osservazioni, precauzioni: _____