|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dati personali |  | Indirizzo della ergoterapia |
| 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 |  |
|  |  |  |
| Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare dal medico | | |
| LaMAL LAINF / LAM  Valutazione (2 sedute)  una serie di trattamenti (max. 9 sedute)  una serie di trattamenti (max. 9 sedute)  più di una serie (max.4): numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  più di una serie: numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  trattamento di lunga durata (da 5 serie, consultazione dell’assicurazione)  Oppure valida fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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