

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

Obbiettivi 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

(col 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: _____