

# 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

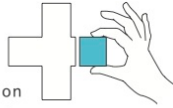
\_\_\_\_\_

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 riabilitazione della mano

### Dati personali

Nome

Cognome

Data di nascita

### Motivo del trattamento

Diagnosi:

Data dell'infortunio / Inizio della malattia :

Operazione:

Data dell'operazione:

### trattamento

Schema relativo al trattamento:

immobilizzazione

stabile al movimento

stabilità parziale al carico

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 assicurazioni.

Si prega di non stampare il modulo fronte-retro.