

Prescrizione per Ergoterapia

Dati personali

Nome _____
 Cognome _____
 Data di nascita _____ Sesso _____
 Via _____
 NPA / Luogo _____
 Telefono _____

Indirizzo dell'ergoterapia

Impresa

Nome _____
 Via _____
 NPA / Luogo _____

Assicuratore

Nome _____
 N° assicurato/inf. _____
 Legge _____

Trattamento / Diagnosi

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

Medico

EAN
 RCC
 Data
 Firma

_____ superfluo per invio elettronico

Informazioni per l'Ergoterapista

Precisione della diagnosi

Data incidente/malattia _____
 Data dell'operazione _____
 Altri informazioni _____
 Osservazioni, precauzioni _____

Tipo di trattamento

motorie / sensoriali
 percettive / cognitive
 Altro:
 Ortesi
 Mezzi ausiliari