medForms.ch
© 2019, tutti i diritti riservati

Prescrizione per Ergoterapia

Data

Dati personali

Cognome

Nome

Data di nascita Sesso

Via

NPA / Luogo

No. AVS

Telefono

Mail

Destinatario: Ergoterapista

Assicuratore

Nome

Via

NPA / Luogo

Impresa / Dati assicurativi

Nome

Legge / N° ass.

N° inf. / Data inf.

Trattamento ergoterapico / Diagnosi da compilare dal medico

LaMAL

- ☐ Valutazione (2 sedute) OPPURE
- ☐ una serie di trattamenti (max. 9 sedute)
- ☐ più cicli: numero
- ☐ trattamento a lungo termine (a partire dal 5° ciclo, previa consultazione con l'assicurazione)

LAINF / LAM

- ☐ una serie di trattamenti (max. 9 sedute)
- ☐ più serie (max. 4): numero
- ☐ trattamento a lungo termine (a partire dal 5° ciclo, previa consultazione)
- ☐ **LAI**

Luogo del trattamento ☐ centro, studio, ambulatorio ☐ domicilio ☐ istituto (per es casa anziani)

Obbiettivo del trattamento

- ☐ Miglioramento o mantenimento delle funzioni fisiche come contributo all'autonomia nelle attività quotidiane
- ☐ Alleviare la malattia psichica nell'ambito di un trattamento psichiatrico
- ☐ **SOLO LAMal:** misure di prevenzione delle cadute per persone di età superiore ai 65 anni con rischio di caduta da moderato ad elevato

Causa

☐ Malattia ☐ Incidente ☐ Infermità congenite

Diagnosi / Motivo del trattamento (classificato o descrittivo)

Osservazione all'attenzione del medico prescrivente:
Inviare eventualmente le informazioni per l'ergoterapista (data dell'operazione, precauzioni necessarie, schema di trattamento, ecc.) separatamente per favore.

Medico

GLN RCC

Mail

Ergoterapista

GLN Tel.

Mail

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!