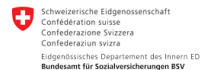


Domanda di garanzia di assunzione dei costi per trattamento a lungo termine



Dati personali

Nome, Cognome

Via

NPA / località

Data di nasc. Sesso

N° AVS, Tel.

Data

Assicurazione

Nome

Via

NPA / località

GLN

Legge/N° ass

N° cas / Date

Trattamento fisioterapico

- ☐ Trattamento fisioterapico ☐ Trattamento per vasca deambulazione / piscina **Aggiunta:** ☐ Trattamento a domicilio
- ☐ Terapia medica di allenamento ☐ Accertamenti presso il domicilio/luogo di lavoro (solo AINF/AM/AI) ☐ Trattamento di dom./g. festivo
- ☐ Ippoterapia ☐ Robotica (solo AINF/AM/AI) ☐ Fornitura di stecche

Prescrizione: ☐ trattamento a lungo termine (da 37 sedute)

Si prega di notare le voci
necessarie di a pagina 2!

Diagnosi / reperti rilevanti per il trattamento

Motivo / obiettivo del trattamento

Limiti, misure di prevenzione, controindicazioni, piano di trattamento, osservazioni

Il primo trattamento deve essere effettuato entro cinque settimane dal rilascio della prescrizione, che altrimenti non è più valida.

Medico

Mail

GLN RCC

Fisioterapista

Mail

GLN Tel.

Domanda di garanzia di assunzione dei costi per trattamento a lungo termine



Valutazione medica

Raccomandazioni sulla terapia (da compilare da chi la prescrive)

Durata (numero di settimane):

Frequenza:

Raccomandazione

Valutazione fisioterapica

Raccomandazioni sulla terapia (da compilare da chi la svolge)

Durata (numero di settimane):

Durata per seduta (minuti):

Frequenza:

Obiettivo del trattamento

Metodi di trattamento