

## 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.