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)
- ☐ 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

Osservazioni, precauzioni

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)!