evs ase
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
Association Suisse des Ergothérapeutes
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti

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

Al Volo
Ergoterapia
Via Carvina 3
CH-6807 Taverne
tel +41 91 945 13 15
ergoterapia@alvolo.ch
GLN: 7601003245820
RCC: D7564.21

AL VOLO

_____
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 delle malattia, data dell'operazione, precauzioni necessarie, schema di trattamento, ecc.) per favore.