

Prescrizione di fisioterapia

Dati personali

Cognome:
Nome:
Data di nascita:
Via:
NPA / località:
Telefono:
Garante dei costi:
Numero AVS:
Infortunio n.:
Decisione AI n.:

Trattamento fisioterapico* (*selezione multipla non consentita*)

- ☐ Trattamento fisioterapico
☐ Terapia medica di allenamento
☐ Ippoterapia
☐ Trattamento per vasca di deambulazione / piscina
☐ Accertamenti presso il domicilio o luogo di lavoro (solo AINF / AM / AI)
☐ Robotica (solo AINF / AM / AI)

Aggiunta:

- ☐ Trattamento a domicilio
☐ Trattamento di domenica o in altro giorno festivo legale
☐ Fornitura di stecche

Prescrizione: ☐ prima ☐ seconda ☐ terza ☐ quarta ☐ trattamento a lungo termine (da 37 sedute, presuppone pagina 2)

Diagnosi / reperti rilevanti per il trattamento:

Motivo / obiettivo del trattamento:

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

Osservazioni:

Medico:

GLN:

Data:

Firma:

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

*Conformemente alla convenzione tariffale, la prescrizione per una terapia individuale è valida per max 9 trattamenti, mentre per una terapia medica di allenamento è valida per max 36 trattamenti. Per l'AI fa stato la decisione del competente ufficio AI.

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

Dati personali

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Valutazione medica

Raccomandazioni sulla terapia (da compilare da chi la prescrive)

Durata (numero di settimane):

Frequenza:

Raccomandazione:

Medico:

GLN:

Data:

Firma:

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:

Fisioterapista:

GLN:

Data:

Firma: