

## Prescrizione di fisioterapia

**Dati personali****Trattamento fisioterapico\* (selezione multipla non consentita)**

Cognome:

Trattamento fisioterapico

Nome:

Terapia medica di allenamento

Data di nascita:

Ippoterapia

Via:

Trattamento per vasca di deambulazione / piscina

NPA / località:

Accertamenti presso il domicilio o luogo di lavoro (solo AINF / AM / AI)

Telefono:

Robotica (solo AINF / AM / AI)

Garante dei costi:

**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: