**Prescrizione di fisioterapia**

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

 **Cognome:** «Paz\_Cognome»

 **Nome:** «Paz\_Nome»

 **Data di nascita:** «Paz\_Data\_Nascita»

 **Via:** «Paz\_Via»

 **NPA / località:** «Paz\_Località»

 **Telefono:** «Paz\_Telefono\_1»

 **Garante dei costi:**

 **Numero AVS:** «Paz\_No\_AVS\_2»

 **Infortunio n.:**

 **Decisione AI n.:**

[ ]  **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:** 26.06.2025 **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 unaterapia 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:** «Paz\_Cognome» **Prénom:** «Paz\_Nome» **Data di nascita:** «Paz\_Data\_Nascita»

**Valutazione medica**

 Raccomandazioni sulla terapia (da compilare da chi la prescrive)

 **Durata (numero di settimane):** **Frequenza:**

 Raccomandazione:

**Medico:**

**GLN: Data:** 26.06.2025 **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:** 26.06.2025 **Firma:**