**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:**