

## 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.