

# Prescrizione medica per la cura ambulatoriale o al proprio domicilio con RAI-HC

(art. 7 OPre)

Paziente

Destinatario

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Sesso:  Data nas.:

N. AVS:

Tel.:

Assicurazione

Legge:

N° assicurato:

N° / Data caso:

Dati amm.

Assegno p. g. invalidità:

Soggiorno in c. diurno:  no  sì

Motivo della cura:

Prescrizione:

Valido per:

Valido dal:

Fabbisogno netto cure in min.

(Dati in conformità al foglio prestazioni pagina 2)

	Prestazioni OPre				Tot./min	Prestazioni EMAP
	a	b	c	...		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Modificazione della registrazione doppia del tempo in caso di prestazioni fornite simultaneamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CHF

Motivo della necessità di cure/quadro clinico (da compilare dal medico)

Medico

Spitex

GLN:  RCC:

GLN:  RCC:

Mail:

Mail:

Data  Firma \_\_\_\_\_  
superfluo per invio elettronico

Data  Firma \_\_\_\_\_  
superfluo per invio elettronico

Invio elettronico

# Foglio prestazioni

## Prestazioni alla normativa RAI-HC Svizzera

Codice	Descrizione prestazione / Osservazioni	T	Qnt	Un	Temp	Totale	OPre
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					

T = Training      Qnt = Quantità      Un = Unità: • g2, g3...g7= 2, 3...7 giorni alla settimana • s=settimanale • m=mensile • u=una sola volta  
OPre = OPre Tipo; • a=Valutazione, consigli e coordinamento, • b=Esame e trattamento, • c=Cura di base, • vuoto=Servizio domestico

# Foglio prestazioni

## Prestazioni secondo catalogo EMaP

Codice	Descrizione prestazione / Osservazioni	Qty	~Prez./CHF	Tot./CHF

### Osservazioni