

CERTIFICATO MEDICO SPITEX

Nome e cognome:

Data di nascita:

via: Località:

Cassa Malati: Organizzazione Spitex: **Internursing, Lugano**

In cura per: Malattia Incidente Maternità

Altro.....

**Prestazioni spitex secondo l'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione
obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) - (a carico delle Casse Malati)**

• Consigli e istruzioni (valutazioni da parte dell'organizzazione spitex - art. 7/a)

• Esami e cure (ad es. medicazioni, posa sonde e cateteri, somministrazione medicinali, ecc. - art. 7/b)

• Cure di base (ad es. igiene corporale, vestire e svestire, nutrire, ecc. - art. 7/c)

Durata della prescrizione: dal..... al:

(Frequenza degli interventi secondo la valutazione dei bisogni redatta dall'organizzazione spitex)

Altre prestazioni spitex e di gestione dell'economia domestica

(prestazioni non a carico dell'assicurazione obbligatoria)

Durata della prescrizione: dal..... al:

(Frequenza degli interventi secondo la valutazione dei bisogni redatta dall'organizzazione spitex)

Osservazioni sul motivo della cura:

Data:

Timbro/firma del medico curante

.....