

Prescrizione di Fisioterapia

Dati personali:

Cognome _____
Nome _____
Via _____
NPA/località _____
Data di nascita _____
Telefono privato _____
Datore di lavoro _____
NPA/località _____
Telefono ufficio _____
Assicuratore _____
N° membro/inf. _____

Diagnosi:

invio separato al medico di fiducia (secondo disposizioni LaMal)

malattia incidente invalidità

Trattamento fisioterapico (parte riservata al medico):

prescrizione: prima seconda terza quarta trattamento a lungo termine

Obiettivo del trattamento:

- analgesia/antinfiammatorio
- recupero della funzione articolare
- recupero della funzione muscolare
- propiocezione/coordinazione
- recupero della funzione cardio-polmonare
- eliminazione riduzione di gonfiore o edemi
- altri obiettivi: _____
- terapie specifiche
- fasciatura funzionale (tape)
- istruzione

Misure fisioterapiche:

(parte riservata al medico, da compilare se desiderato)

Numero trattamenti: _____ Trattamento a domicilio 2 trattamenti al giorno Controllo medico dopo _____ trattamenti
 noleggio di apparecchiature: _____

Il fisioterapista può modificare le misure fisioterapiche in accordo con il medico, se ciò contribuisce a raggiungere in modo più efficace l'obiettivo del trattamento.

Medico (timbro): N° CCMS: _____

Fisioterapista (timbro CCMS): _____

Data: _____ Firma: _____

Data: _____ Firma: _____

Osservazioni: _____

