

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

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
 - Propriocezione/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)

- Ginnastica di gruppo (tariffa 7330)
- MTT (ricondiz. autonomo medicale) 3 mesi, (tariffa 27x7340)

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:
