

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 MTT
- Fasciatura funzionale (tape)
- Istruzione

Misure fisioterapiche:

(parte riservata al medico, da compilare se desiderato)

3 mesi MTT (allenamento fisioterapico medicale) a scopo riabilitativo

Numero trattamenti: **36**
 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):

il CENTRO
Studio di fisioterapia

Data: _____ Firma: _____

Data: _____ Firma: _____

Osservazioni: _____