



## 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
- propriocezione/coordinazione
- recupero della funzione cardio-polmonare
- eliminazione riduzione di gonfiore o edemi
- altri obiettivi: \_\_\_\_\_
- terapie specifiche \_\_\_\_\_
- fasciatura funzionale (tape)
- istruzione

Numero trattamenti: \_\_\_\_\_  Trattamento a domicilio  2 trattamenti al giorno Controllo medico dopo \_\_\_\_\_ trattamenti

noleggio di apparecchiature: \_\_\_\_\_

#### Misure fisioterapiche:

(parte riservata al medico, da compilare se desiderato)

**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: