



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: