MEDIZINALTARIFKOMMISSION UVG (MTK)
COMMISSION DES TARIFS
MEDICAUX LAA (CTM) COMMISSIONE DELLE TARIFFE MEDICHE LAINF (CTM)

ASSURANCE INVALIDITE (AI)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV) HILITÄRVERSICHERUNG (MV) ASSURANCE MILITAIRE (AM) ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

Prescrizione di fisioterapia

Dati personali							1
•							
Cognome							
	Via ocalità Centro specialisti della salute						
						rnecialisti della sa	lute
NPA/località						specialisti della sa	tute
Data di nascita Telefono privato							
Datore di lavoro							
NPA/località					Diagnosi		
Telefono ufficio							
Assicuratore							
N° membro / inf.							
in membro / int.							
☐ Malattia	☐ Inci	idente	☐ Invalidità	ì			
Trattamento fisioterapico (parte riservata al medico)							
Prescrizione:	prima	seconda	terza		quarta	trattamento a lungo teri	mine
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:							
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:							