

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)

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: _____