

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.	



ilCentro
specialisti della salute

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):

ilCENTRO
Studio di fisioterapia

Data: _____ Firma: _____

Data: _____ Firma: _____

Osservazioni: _____