

Dati personali:

Cognome:
Nome:
Data di nascita:
Via:
NPA/Luogo:
Tel. Privato:
Natel:
Datore di lavoro:
NPA/Luogo:
Tel. lavoro:
Assicurazione:
Ass.infortuni Nr.:

Malattia Infortunio Invalidità

Terapista:

Diagnosi:

invio separato al medico di fiducia

Trattamenti in terapia fisica (da riempire dal medico):

Prescrizione: prima seconda terza quarta trattamento a lungo termine

Obiettivo del trattamento:

Analgesia/Antiinfiammatorio
 Miglioramento della funzione muscolare
 Miglioramento della funzione articolare
 Propriocezione/coordinazione
 Decongestione

Terapie:

Massaggio medicale
 Mobilizzazione articolare
 Drenaggio linfatico manuale
 Terapia funzionale (bendaggio, tape, ecc.)
 Idroterapia/Balneologia impacchi
 Elettroterapia, Laser, onde d'urto
 Terapie riflesso-gene (RTP, MTC)
 Istruzione, ginnastica

Numero trattamenti:

A domicilio tutti i giorni

Controllo medico dopo terapie

Il/la terapeuta può modificare le misure terapeutiche in accordo con il medico, se ciò contribuisce a raggiungere in modo più efficace l'obiettivo del trattamento

Medico (Timbro): CCMS-No.:

Terapista

Data:

Firma:

Osservazioni: