

# Rapporto di fisioterapia

## Paziente/Impresa

Cognome:

Nome:

Via:

NPA/Luogo

D. nascita/AVS:

Sesso/Tel:

---

Impresa:

Via:

NPA/Luogo

## Assicurazione

N. caso/infortunio:

Data caso/infortunio:

Legge:

## Dati

### Diagnosi di invio

### Obiettivi terapeutici

### Valutazioni rilevanti Ad es. VAS, mobilità articolare, forza, GAS, altri

Misurazione d'entrata:

Ultima misurazione:

### Cooperazione da parte del paziente

- Buona     Sufficiente     Inconsistente     Amplificazione dei sintomi

### Valutazione / Procedura / Quesiti

### Supporto decisionale per la capacità lavorativa

Capacità lavorativa accettabile dal punto di vista fisioterapico:  :

## Istituto fisioterapico

Data:

Firma: \_\_\_\_\_  
superfluo per invio elettronico

GLN, RCC: