medForms.ch
© 2023, tutti i diritti riservati

Prescrizione di massaggio medico

Data

Dati personali

Cognome

Nome

Data di nascita Sesso

Via

NPA / Luogo

No. AVS

Telefono

eMail

Destinatario: Terapista del massaggio

Assicurazione

Nome

Via

NPA / Luogo

Dati assicurativi

Motivo del trattam.

Legge / N° ass.

N° inf. / Data inf.

Trattamento di massoterapia / Diagnosi (parte riservata al medico)

Misure terapeutiche

- ☐ Massaggio medico
- ☐ Mobilizzazione articolare
- ☐ Drenaggio linfatico manuale
- ☐ Terapia delle zone riflesse
- ☐ Fasciatura funzionale (nastro, benda, ecc.)
- ☐ Elettroterapia
- ☐ Istruzione, ginnastica
- ☐ Altro

Obiettivo del trattamento

Prescrizione Controllo medico dopo trattamenti

Numero trattamenti ☐ Trattamento a domicilio ☐ Trattamento a lungo termine ☐ 2 trattamenti al giorno

Diagnosi / Osservazioni

Medico

GLN RCC

Tel. Fax

eMail

Terapista del massaggio

GLN RCC

Tel. Fax

eMail

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!