

Prescrizione di massaggio medico

Data _____

Dati personali

Cognome

Nome

Data di nascita

Sesso

Via

NPA / Luogo

No. AVS

Telefono

eMail

Destinatario: _____

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

Il massaggiatore può, con l'accordo del medico, modificare le misure della terapia di massaggio se questo aiuta a raggiungere l'obiettivo del trattamento in modo più efficace.

Medico

GLN

RCC

Tel.

Fax

eMail

Terapista del massaggio

GLN

RCC

Tel.

Fax

eMail

Invio elettronico