Prescrizione di Fisioterapia

medForms.ch
© 2019, tutti i diritti riservati

Paziente

Cognome
Nome
Via
NPA / località
Data di nasc. Sesso
N° AVS
Telefono
eMail

Assicurazione

Nome
Via
NPA / località
Legge/N° ass
N° caso/assic

Impresa

Nome
Via
NPA / località

Data

Destinatario: Fisioterapista

Diagnosi

☐ invio separato al medico di fiducia (secondo disposizioni LaMal)

Trattamento fisioterapico *(parte riservata al medico)*

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
☐ fasciatura funzionale (tape)
☐ istruzione

Misura fisioterapiche

(parte riservata al medico, da compilare se desiderato)

Prescrizione
Controllo medico dopo trattamenti
Numero trattamenti
☐ Trattamento a domicilio ☐ Trattamento a lungo termine ☐ 2 trattamenti al giorno
☐ Noleggio di apparecchiature:

Osservazioni

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

Mail
GLN RCC

Fisioterapista

Mail
GLN Tel

Invio elettronico

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