physiopaed

medForms.ch

Prescrizione di fisioterapia pediatrica

Dati personali

Cognome:

Nome:

Via:

NPA/Località:

Data di nasc.: Sexo:

Telefono:

Destinatario: Fisioterapista

Assicurazione

Nome:

Via:

NPA/Località:

Legge/N° ass.:

N° cas/data:

Diagnosi

Causa: Indicazione 7351

Trattamento terapeutico pediatrico

Obiettivo/i del trattamento

- [ ] Valutazione fisioterapica pediatrica
- [ ] Supporto per lo sviluppo globale, supporto sensomotorio
- [ ] Propriocezione/coordinazione
- [ ] Miglioramento della funzione articolare di uno o più arti
- [ ] Miglioramento di una o più funzioni muscolari
- [ ] Analgesia/azione antinfiammatoria
- [ ] Rieducazione posturale
- [ ] Miglioramento della funzionalità cardio polmonare
- [ ] Linfodrenaggio o interventi sul sistema angiologico
- [ ] Gestione dei devices di supporto
- [ ] Istruzioni ai genitori/caregiver
- [ ] Altro:

Misure fisioterapiche

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

Prescrizione:

Controllo medico dopo: trattamenti Si prega di prendere contatto: prima durante alla fine dei trattamenti

I fisioterapisti possono modificare le misure prescritte in accordo col medico se ciò contribuisse a raggiungere efficacemente gli obiettivi preposti

Medico:

Mail:

GLN: RCC:

Data:

Fisioterapista:

Mail:

GLN: RCC:

Data:

Invio elettronico

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