Rapporto di fisioterapia

medForms.ch
© 2020, tutti i diritti riservati

Paziente

Cognome
Nome
Via
NPA / Luogo
Data nascita
Sesso
AVS
Telefono

Destinatario

Medico curante

Assicurazione

Nome
Via
NPA / Luogo
GLN

Medico curante

Cognome/Nome
Via
NPA / Luogo
GLN
RCC
Mail

Impresa

Nome
Via
NPA / Luogo

Caso

Legge/N° assic.
N°/Data infortunio

Dati

Diagnosi di invio

Obiettivi terapeutici

Rapporto di fisioterapia

medForms.ch
© 2020, tutti i diritti riservati

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 :

Fisioterapista

GLN RCC

Mail

Data:

Firma:

superflua in caso di invio elettronico

Invio elettronico

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