

Terapia fisica

Mass. Medica APF

Dati personali

Cognome: _____
 Nome: _____
 Data di nascita: _____
 Via: _____
 CPA/Luogo: _____
 Telefono: _____
 Datore di lavoro: _____
 CPA/Luogo: _____
 Telefono lavoro: _____
 Assicurazione: _____
 Ass.-/Infortuni-Nr.: _____

Malattia Infortunio Invalidità

Terapista

Diagnosi (da completare dal medico)

Trattamento in terapia fisica (da completare dal medico)

Prescrizione: prima seconda terza quarta Lunga durata

Obiettivo:

Analgesia/Antinfiammatorio
 Recupero della funzione muscolare
 Recupero della funzione articolare
 Propriocezione/coordinazione
 Decongestionamento

Terapia:

Massaggio medicale
 Mobilizzazione articolare
 Drenaggio linfatico manuale
 Funz. Bendaggio (benda, calze, nastro)
 Idroterapia / balneologia, impacchi / impacco
 Elettroterapia, laser o ad onde d'urto
 Terapie zone riflesse (Rifless.plantare – Tessuto conn.)
 Istruzioni, ginnastica

Numero trattamenti:

Trattamenti a domicilio
 al giorno
 Cont. medico dopo

Trattamenti

Il/la terapista può modificare le misure terapeutiche in
 accordo con il medico, se ciò contribuisce a raggiungere
 in modo più efficace l'obiettivo del trattamento.

CCMS No. _____

Medico (Timbro)

Data: _____

Firma: _____

Osservazioni
