

# 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

## Medico

GLN

Tel.

eMail

RCC

Fax

## Terapista del massaggio

GLN

Tel.

eMail

RCC

Fax

Invio elettronico