

## Paziente

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

Data \_\_\_\_\_

**Destinatario:** \_\_\_\_\_

## Assicurazione

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

## Impresa

Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA / località \_\_\_\_\_

## Trattamento fisioterapico *(parte riservata al medico)*

### Obiettivo del trattamento

- analgesia/antinfiammatorio
- recupero della funzione articolare
- recupero della funzione muscolare
- propiocezione/coordinazione
- recupero della funzione cardio-polmonare
- eliminazione riduzione di gonfiore o edemi

Altri obiettivi \_\_\_\_\_

- terapie specifiche
- fasciatura funzionale (tape)
- istruzione

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