

Terapista:

Dati personali:

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Indirizzo:

CPA/Luogo:

Tel.Privato

Mobile:

Diagnosi:

invio separato al medico di fiducia

Datore di lavoro:

CPA/Luogo:

Tel.Ufficio:

Ass.malattia/complemtare:

Ass.Infortuni Nr.:

Malattia Incidente Invalidità

Trattamento in terapia fisica (parte riservata al medico):

Prescrizione: prima seconda terza quarta terapia a lungo termine

Obiettivo del trattamento:

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

Terapie

Massaggio medicale
Mobilizzazione articolare
Linfodrenaggio manuale
Terapia funzionale (Bendaggio, Tape)
Idroterapia/balneologia/impacchi/rotoli
Elettroterapia
Riflessoterapia, plantare, massaggio tessuto connettivo
Istruzioni/ginnastica

Numero trattamenti:

Terapia a domicilio 2 trattamenti al giorno Controllo medico dopo trattamenti

Il/la massaggiatore/trice medicale puo' modificare le misure terapeutiche in accordo con il medico, se cio' contribuisce a raggiungere in modo più efficace l'obiettivo del trattamento

Medico (timbro): CCMS-Nr.:

Terapista:

Data:

Firma:

Osservazioni: