

Prescrizione medica Terapia fisica

Medicina complementare

Dati personali:

Terapista:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via:

NPA/Luogo:

Telefono Privato:

Natel:

Diagnosi:

Datore di lavoro:

Invio separato al medico di fiducia

NPA/Luogo:

Telefono lavoro:

Assicurazione:

Ass.Infortuni Nr.:

Malattia

Infortunio

Invalidità

Trattamenti in terapia fisica (da riempire dal medico) :

Prescrizione:	prima	seconda	terza	quarta	trattamento a lungo termine
---------------	-------	---------	-------	--------	-----------------------------

Obiettivo del trattamento:

Analgesia/Antinfiammatorio
Miglioramento della funzione muscolare
Miglioramento della funzione articolare
Propriocezione/coordinazione
Decongestione

Terapie:

Massaggio medicale
Mobilizzazione articolare
Drenaggio linfatico manuale
Terapia funzionale (Bendaggio,Tape ecc.)
Idroterapia/Balneologia impacchi
Elettroterapia, Laser, onde d'urto
Terapie riflesso gene (RTP, MTC)
Istruzione, ginnastica

Numero trattamenti:

A domicilio

tutti i giorni

Controllo medico dopo

terapie

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-No:

Terapista:

Data:

Firma:

Osservazioni: