

Prescrizione medica Massaggio medicale

Terapista:

Dati personali:
Nome
Cognome
Data di nascita
Via
NPA/località
Telefono Privato
Mobile
Datore di lavoro
NPA/località
Telefono Uff.
Assicurazione
Ass.complementare
Ass./infortuni/nr.

Malattia Incidente Invalidità

Diagnosi:

invio separato al medico di fiducia

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
- _____
- _____

Numero trattamenti: _____

Terapia a domicilio 2 trattamenti al giorno Controllo medico dopo _____ trattamenti

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

Medico (timbro): CCMS-Nr.: _____

Data:

Firma:

Osservazioni: