

## Prescrizione medica Massaggio medicale

Dati personali	
Cognome	
Nome	
Via	
NPA/località	
Data di nascita	
Telefono privato	
Datore di lavoro	
NPA/località	
Assicurazione	
Assicurazione complementare	
Ass. infortuni / n°	

### Diagnosi

Malattia       Incidente       Invalidità

### Trattamento in terapia fisica (parte riservata al medico)

Prescrizione:     prima     seconda     terza     quarta     trattamento a lungo termine

#### Obiettivo del trattamento:

- Analgesia/antinfiammatorio
- Recupero della funzione articolare
- Recupero della funzione muscolare
- Propriocezione/coordinazione
- Eliminazione/riduzione di gonfiore o edemi
- Altri obiettivi:

#### Terapie:

- Massaggio medicale
- Linfodrenaggio manuale
- Terapie funzionale (bendaggio, tape)
- Massaggio sportivo
- Massaggio tessuto connettivale
- Altro:

Numero trattamenti:       Trattamento a domicilio     2 trattamenti al giorno    Controllo medico dopo    trattamenti

Il massaggiatore 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): N° CCMS \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_