

# MODULO PER LE PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

- da compilare a cura del medico -

■ CODICE SOCIO \_\_\_\_\_

■ NOMINATIVO \_\_\_\_\_

■ PATOLOGIA CAUSA DELLA DISABILITÀ \_\_\_\_\_

■ ESAME OBIETTIVO LOCALE \_\_\_\_\_

■ DISABILITÀ \_\_\_\_\_

■ VALUTAZIONE FUNZIONALE \_\_\_\_\_

■ PROGETTO RIABILITATIVO ED OBIETTIVI TERAPEUTICI (RISULTATI ATTESI) \_\_\_\_\_

■ PROGRAMMA RIABILITATIVO:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

■ ESAMI SPECIALISTICI ALLEGATI

DATA \_\_\_\_\_

IL MEDICO \_\_\_\_\_

IL SOCIO \_\_\_\_\_