

FISIOTERAPISTA

PROGRAMMA FISIOTERAPICO

Cognome

Nome

Data di nascita

Residenza

Tel.

cod. fis

Comune

Provincia

Professione

Lav. in proprio

Pensionato

Non occupato

Lav. dipendente

Casalinga

Studente

Soggetto con:

Invalidità riconosciuta

Disabilità fisica

Autosufficiente

Preinvalidità

Disabilità psichico

Non autosufficiente

Non invalido

Disabilità sensoriale

Tempor. non autosuff.

Accertamento art. ... L.R.

Disabilità misto

Parzialmente autosuff.

Medico curante

Specialista di riferimento

Diagnosi clinica di accesso

Patologia prevalente

Patologie concomitanti

.....
.....

VALUTAZIONE FISIOTERAPICA

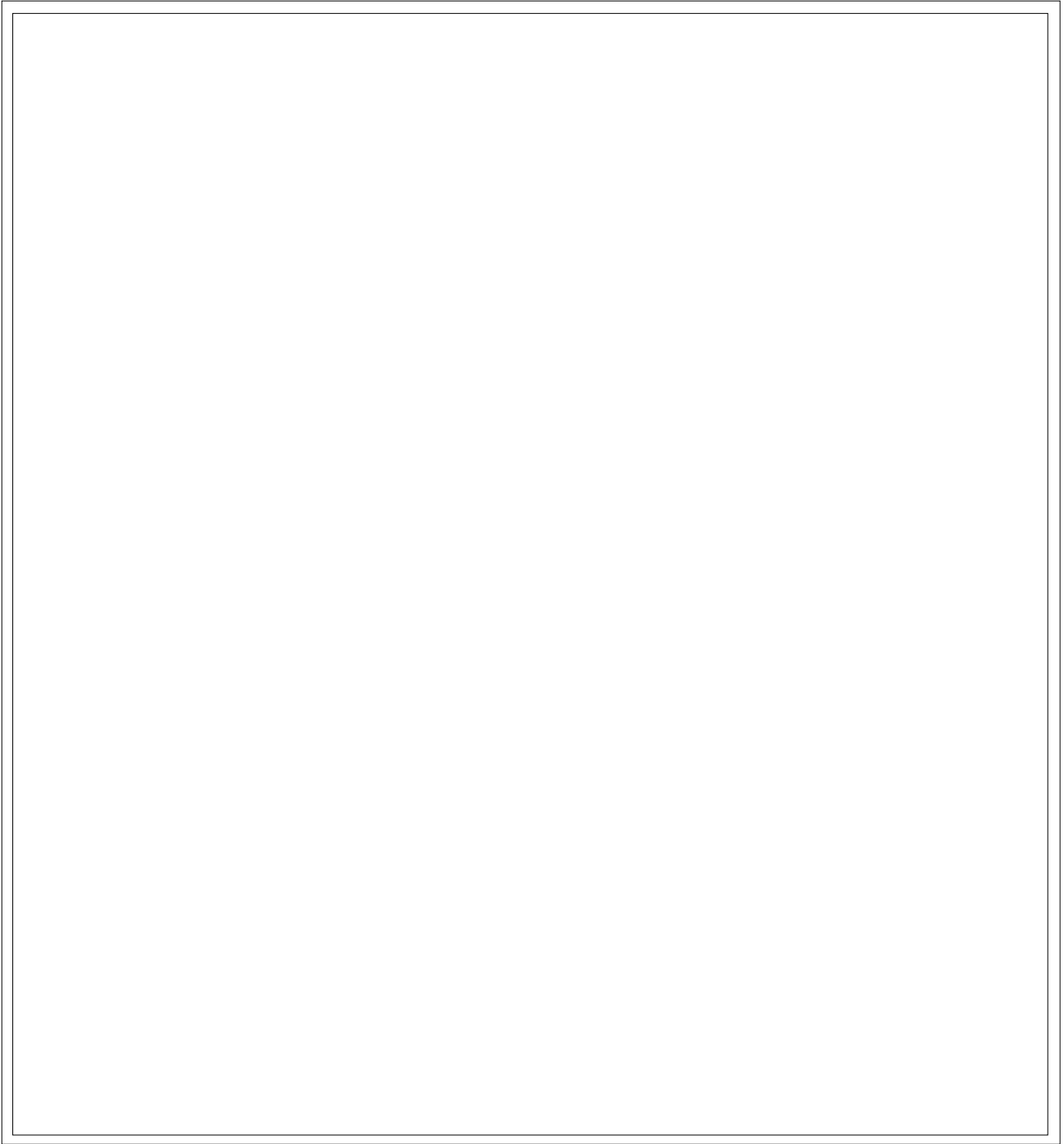
MODIFICAZIONI INTERMEDIE E MODIFICAZIONI FINALI ATTESE (Obiettivi – Tempi previsti)

OBIETTIVI A BREVE TERMINE
(15 giorni)

OBIETTIVI A MEDIO TERMINE
(30 giorni)

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE
(50 giorni)

VALUTAZIONE FUNZIONALE TERMINALE

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the central portion of the page. It is intended for the functional assessment of the patient.A small, empty rectangular box with a thin black border, positioned below the main assessment area. It is intended for the signature of the physiotherapist.

Il Fisioterapista