

MODULO PER LE PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE Profilo 2, 3, 4, **W-IN**, USPI

(Mod. MPF_Piani sanitari)

- 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 _____