



SCHEDA AMBULATORIALE RIABILITATIVA PAZIENTE SOLVENTE CON PRESCRIZIONE ESTERNA

Modulo per invio elettronico

Il paziente in possesso di prescrizione medica con indicazione di diagnosi e tipologia dei trattamenti da effettuare, ha possibilità di accesso diretto presso la nostra struttura, senza dover effettuare la visita medica.
La preghiamo di compilare il presente modulo in ogni sua parte.

(sezione a cura della Segreteria) **N° Matricola** _____

Cognome e nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza _____ Via _____

Tel. _____ Codice fiscale _____

Medico curante Dr. _____

PRESCRIZIONE RILASCIATA IN DATA _____ **DAL DR.** _____ **SPECIALISTA IN** _____

(allegare prescrizione medica)

Quadro A *sezione da compilare a cura del paziente:*

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di:		
Essere <input type="checkbox"/>	Non essere <input type="checkbox"/>	portatore di pace-marker ●
Essere <input type="checkbox"/>	Non essere <input type="checkbox"/>	cardiopatico Se sì specificare _____
Avere <input type="checkbox"/>	Non avere <input type="checkbox"/>	scompenso cardiaco cronico ●
Avere <input type="checkbox"/>	Non avere <input type="checkbox"/>	problemi vascolari agli arti inferiori (vene, arterie)
Essere <input type="checkbox"/>	Non essere <input type="checkbox"/>	in stato di gravidanza accertata o presunta ●
Essere <input type="checkbox"/>	Non essere <input type="checkbox"/>	portatore di protesi o di mezzi di sintesi
Essere <input type="checkbox"/>	Non essere <input type="checkbox"/>	affetto da osteoporosi
Essere <input type="checkbox"/>	Non essere <input type="checkbox"/>	allergico ai seguenti farmaci:
Avere <input type="checkbox"/>	Non avere <input type="checkbox"/>	crisi epilettiche ●
Avere <input type="checkbox"/>	Non avere <input type="checkbox"/>	subito intervento chirurgico negli ultimi 5 anni. Se si descrivere: _____
Avere <input type="checkbox"/>	Non aver avuto <input type="checkbox"/>	neoplasie Se sì dove _____
Avere o non aver avuto altre patologie: (eventualmente descrivere)		
Data _____	Firma del paziente _____	

● Il bollino grigio sta ad indicare che il trattamento prescritto dal medico va confermato da uno specialista del Centro, che viene consultato dal terapeuta dopo aver avvertito il paziente. Il terapeuta avrà cura di sottoporre al medico la documentazione sanitaria presentata dal paziente. Il medico può decidere di sottoporre a controllo il paziente.

Quadro B *sezione da compilare a cura della Segreteria sulla base della prescrizione medica*

Indicazione terapeutica e n° sedute _____ (allegare prescrizione alla scheda)

<input type="checkbox"/> TENS	<input type="checkbox"/> elettromagnetoterapia	<input type="checkbox"/> ultrasuono mobile	<input type="checkbox"/> ultrasuono in acqua	<input type="checkbox"/> elettrostimolazioni
<input type="checkbox"/> bacinelle galvaniche	<input type="checkbox"/> ionoforesi (farmaco)	_____ <input type="checkbox"/> altro _____		
<input type="checkbox"/> tecar terapia	<input type="checkbox"/> laserterapia I.R.	<input type="checkbox"/> onde d'urto	<input type="checkbox"/> laserterapia NDYAG	
<input type="checkbox"/> terapia manuale (massaggi, pompaggio, manipolazioni)	<input type="checkbox"/> ginnastica vertebrale <input type="checkbox"/> kt individuale			
<input type="checkbox"/> idrochinesiterapia	PG -----AI _____	<input type="checkbox"/> linfodrenaggio	<input type="checkbox"/> gruppi ginnastica in acqua	<input type="checkbox"/> posturale individuale

(NOTA INTERNA: allegare il presente documento al modulo MS.AD.39)