

CASA DI CURA "DI LORENZO"	SCHEDA PERSONALE PROGRAMMA TERAPIA FISICA			M-FKT01
	Anno:	N° Accettaz.	Pag. 1 di 1	Rev. 3 del 01/09/2012

COGNOME:	NOME:
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____	
Residente in _____ via _____ Prov. _____ Tel: _____	
Medico di base _____ Medico Specialista _____ Medico Richiedente _____	

Patologia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Protocollo n°     1     2     3     4     5     6

Terapie: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PROGRAMMA SEDUTE					
Effettuata		Firma paziente	Firma operatore	Note	
Data	Ora				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Scala di valutazione:             BARTELL             VAS             VAS BAMBINI

VALORE INZIALE \_\_\_\_\_            VALORE FINALE \_\_\_\_\_

Data fine ciclo	Note	Firma fisiatra
_____	_____	_____