



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Distretto Sanitario di _____

Scheda Ambulatoriale di Fisioterapia e Programma Riabilitativo

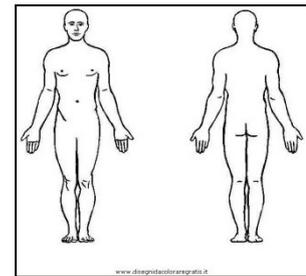
Utente: _____ M-F Età _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Diagnosi Clinica e Prescrizione Fisiatrica

Diagnosi clinica e Prescrizione del MMG Dr.

Osservazione e Valutazione Fisioterapica



Test e Scale di Valutazione

Problemi Riabilitativi Individuati ed Obiettivi



Obiettivi:

Programma e Pianificazione del Trattamento Riabilitativo

Valutazione Finale ed Obiettivi Conseguiti

Data Inizio Trattamento: _____

Data Fine Trattamento: _____

Frequenza: _____

N.Totale Sedute: _____

Il Fisioterapista