CASAGIT SALUTE

MODULO PER LE PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE
da compilare a cura del medico

L'ASSISTITO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Patologia causa della disabilità

_____

_____

_____

Esame obiettivo locale

_____

_____

_____

Disabilità

_____

_____

_____

Valutazione funzionale

_____

_____

_____

Progetto riabilitativo ed obiettivi terapeutici (risultati attesi)

_____

_____

_____

PROGRAMMA RIABILITATIVO

_____

_____

_____

ESAMI SPECIALISTICI ALLEGATI

_____

_____

Data	Firma del Medico	Firma dell'Assistito
_____	_____	_____

N.B. L'autorizzazione preventiva è necessaria SOLO per la fisioterapia di livello 1 prevista in caso di disabilità accertate e definite sulla base di una riconosciuta invalidità clinica, in tutti gli altri casi il presente modulo deve essere inviato insieme alla fattura e all'eventuale documentazione sanitaria prevista