

Prescrizione (mobilizzatori a noleggio)

Etichetta adesiva con l'informazioni sottostanti del paziente (si prega di compilare completamente)

Nome _____ Cognome _____

Via _____ CAP/Località _____

Data di nascita _____ Telefono/Cellulare _____

Indirizzo di consegna (se differente):

Nome/Cognome _____ Via _____

CAP/Località _____ Telefono/Cellulare _____

Informazioni organizzative (si prega di compilare completamente)

Data d'operazione _____ Ospedale _____

Data inizio terapia _____ Durata programmata della terapia (settimane) _____ Prolungamento per _____

Segnare qui il prodotto: (si prega di compilare completamente)

Designazione	Durata della terapia/giorno	Limite movimento
<input type="checkbox"/> Tutore per mobilizzazione attiva per ginocchio (terapia in posizione seduta)	<input type="checkbox"/> 3x 15 min. <input type="checkbox"/> 3x 20 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> estensione: _____ <input type="checkbox"/> flessione: _____ <input type="checkbox"/> Limite del dolore
<input type="checkbox"/> Tutore per mobilizzazione attiva per ginocchio (terapia in posizione sdraiata)	<input type="checkbox"/> 3x 15 min. <input type="checkbox"/> 3x 20 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> estensione: _____ <input type="checkbox"/> flessione: _____ <input type="checkbox"/> Limite del dolore
<input type="checkbox"/> Tutore per mobilizzazione passiva del ginocchio (necessaria garanzia di pagamento)	<input type="checkbox"/> 3x 30 min. <input type="checkbox"/> 3x 60 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> Extension: _____ <input type="checkbox"/> Flexion: _____ <input type="checkbox"/> Limite del dolore
<input type="checkbox"/> Tutore per mobilizzazione passiva della spalla (necessaria garanzia di pagamento)	<input type="checkbox"/> 2x 30 min. <input type="checkbox"/> 2x 60 min. <input type="checkbox"/> 3x 60 min. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> rotazione interna: _____ <input type="checkbox"/> rotazione esterna: _____ <input type="checkbox"/> abduzione: _____ <input type="checkbox"/> adduzione: _____ <input type="checkbox"/> Limite del dolore
<input type="checkbox"/> Prodotto specifico (marca, modello, taglia) _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> rotazione interna: _____ <input type="checkbox"/> rotazione esterna: _____ <input type="checkbox"/> abduzione: _____ <input type="checkbox"/> adduzione: _____ <input type="checkbox"/> Limite del dolore

Informazioni assicurative (si prega di compilare completamente)

<p>AINF (Assicurazione contro gli infortuni) Il paziente è assicurato contro gli infortuni tramite il datore di lavoro</p> <p>_____</p> <p>Assicurazione/Luogo</p> <p>_____</p> <p>N° d'infortunio</p>	<p><input type="checkbox"/> CM (cassa malattia) Si prega di segnare con una crocetta: <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio</p> <p><input type="checkbox"/> Il paziente ha una copertura assicurativa contro gli infortuni presso la cassa malattia</p> <p>_____</p> <p>Assicurazione</p> <p>_____</p> <p>N° di polizza</p>
---	--

Prescrittore

N° cliente/Nome

Telefono

E-Mail

Timbro/Firma

OPED AG ■ Hinterbergstrasse 26 · 6312 Steinhausen
Fon 041 748 53 35 · Web: www.oped.ch · E-Mail: oped@hin.ch



Il paziente/la paziente non è obbligato/a a servirsi di questo centro di consegna, ma – con riserva delle condizioni tariffarie generali – è libero/a di ritirare il prodotto ovunque desidera.