

Scheda personale del Sig. _____

Trattamenti relativi a: MESE _____ ANNO _____ PROFESSIONISTA _____

N° tratt. sett. _____ Progetto Ciclico: Si No Data inizio _____ Data fine _____

Trattamenti Riabilitativi

	DATA	ORA INIZIO	ORA FINE	TIPO DI TRATTAM.	FIRMA DELL'UTENTE	FIRMA DELL'OPERATORE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Legenda tipo di trattamento: Ft Fisioterapia Lt Logoterapia NPM Neuropsicomotricità TO Terapia Occupazionale Os Osteopatia Ed Int. Educativo

Altri Trattamenti

	DATA	DURATA	TIPO DI TRATTAM.	FIRMA UTENTE (Se valutazione operatore)	FIRMA DELL'OPERATORE	FIRMA DEL MEDICO (Se Equipe-Valutazione-Relazione)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Legenda tipo di trattamento: 1 Valutazione con medico 2 Riunione 3 Equipe 4 Valutazione semestrale
5 Somministrazione Test 6 GLH 7 Relazione 8 Valutazione

Valutazione: Trattamento effettuato in presenza dell'utente e deve essere firmato dallo stesso (o dal genitore) e/o Vistato dal medico

Relazione: Effettuata su richiesta del medico e/o se prevista tra gli accessi iniziali. Scrivere il nome del medico nello spazio Firma del Medico