

Progetto "Piano di prevenzione dell'immobilità dell'anziano e del grande anziano".

Preg.mo

Dott. _____

A seguito di visita specialistica effettuata presso la scrivente Struttura denominata

al Suo Paziente Sig. / Sig.ra _____,

si è rilevato che in atto:

- non sussistono condizioni patologiche per le quali l'Utente necessita di prescrizione di fisioterapia,
- abbiamo rilevato la opportunità per il Suo Assistito di effettuare un ciclo di attività motoria specifica in gruppo per favorire la prevenzione della immobilità e prolungare il mantenimento dell'efficienza nello svolgimento delle attività quotidiane ad oggi eseguite.

Tale attività può essere svolta dall'utente senza oneri economici a proprio carico presso le Strutture FKT accreditate e contrattualizzate con l'ASP di Catania prescelte dall'utente e che hanno dato la disponibilità a svolgere le attività motorie previste dal progetto Piano di prevenzione della immobilità dell'anziano e del grande anziano.

Per quanto sopra si chiede la Sua autorizzazione affinché il/la

Sig./Sig.ra _____,

effettui un ciclo di n. 20 (venti sedute) con le predette finalità:

Data, _____

Il Responsabile Sanitario della Struttura

SI AUTORIZZA: TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Data, _____