



**MODULO PRENOTAZIONE FISIOTERAPIA ESTERNA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Orzinuovi lì \_\_\_\_\_

In fede,

\_\_\_\_\_

TABELLA CALCOLO IMPORTO TERAPIE				
Persona età >65aa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Dipendente Fondazioni Riunite si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
TERAPIA	MINUT. N.	EURO	TOTALE	
Correnti diadinamiche	15'	10,00		
Correnti esponenziali	5/15'	10,00		
Correnti faradiche	5/15'	10,00		
Correnti Tens	25'	10,00		
Ionoforesi	25'	10,00		
Kinesiterapia segment.	30'	20,00		
Lampada infrarossi	15'	6,00		
Lampada ultravioletti	5/15'	//		
Marconiterapia	15'	//		
Radarterapia	15'	//		
Ultrasuoni a immersione	15'	10,00		
Ultrasuoni a massaggio	10'	13,00		
Magnetoterapia	25'	10,00		
Laser terapia	5/10'	13,00		
Linfodrenaggio manuale	30'	25,00		
Tecarterapia	10'/20'	25,00		
Onde d'urto radiale	5'	//		
Massoterapia segment.	15'	20,00		
Pompage	20'	20,00		
Visita fisiatrica	1	60,00		
Visita di controllo		30,00		
<b>TOTALE 1</b>				
Persona >65aa/dipendente Fond.Riunite				
SCONTO 20%				
<b>TOTALE 2</b>				

La Fisioterapista:

\_\_\_\_\_

**Il pagamento deve essere effettuato prima dell'inizio del ciclo terapeutico, presso gli uffici amministrativi della Fondazione.  
Sarà rilasciata la fattura debitamente quietanzata.**