

Sig.ra _____ Data / / Età _____

Seduta n° _____

SITUAZIONE ATTUALE

DIARIO MINZIONALE

DIARIO DEFECATORIO

TRATTAMENTO ESEGUITO

Fisiokinesiterapia manuale _____

Biofeedback _____

Elettromedicali utilizzati _____

Altro (ausili medicali) _____

CONSIDERAZIONI

LAVORO DOMICILIARE (ESERCIZI PROPRIOCETTIVI, MOBILIZZAZIONE COLONNA E BACINO, ESERCIZI DI COORDINAZIONE RESPIRATORIA)

FOLLOW UP

