



Presentarsi sul sito internet dell'ASPI

Le informazioni presenti su questa lista permetteranno al pubblico di scegliere un fisioterapista a seconda di criteri quali l'ubicazione geografica, la specializzazione e l'attrezzatura, è quindi nel vostro interesse compilare con cura questo modulo. Non dimenticate che l'indicazione di una specializzazione costituisce un impegno morale del fisioterapista che dichiara la sua qualifica nel/i settore/i citato/i, soprattutto per quel che riguarda le formazioni post laurea.

Cochel vostri specializzazioni e pratiche :

SPECIALIZZAZIONI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agopuntura | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| <input type="checkbox"/> Aquagym | <input type="checkbox"/> Neuro dinamica |
| <input type="checkbox"/> BGM | <input type="checkbox"/> Fisioterapia del sport |
| <input type="checkbox"/> Bobath adulto | <input type="checkbox"/> Fisioterapia respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Bobath bambino | <input type="checkbox"/> Fisioterapia respiratoria pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Catena muscolare | <input type="checkbox"/> PNF |
| <input type="checkbox"/> Fibrolisi | <input type="checkbox"/> Presso terapia |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Decontrazione - rilassamento | <input type="checkbox"/> Riabilitazione cardio-respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Drenaggio linfatico | <input type="checkbox"/> Riabilitazione posturale |
| <input type="checkbox"/> Scuola della Schiena | <input type="checkbox"/> Riabilitazione uro-procto-ginecologica |
| <input type="checkbox"/> Elettroterapia | <input type="checkbox"/> Riabilitazione vestibolare |
| <input type="checkbox"/> Fango | <input type="checkbox"/> Potenziamento muscolare con
apparecchiature fitness (MTT) |
| <input type="checkbox"/> Ippoterapia-K® | <input type="checkbox"/> Terapia manuale (Maitland, Sohler,...) |
| <input type="checkbox"/> Idroterapia | <input type="checkbox"/> Trattamento degli ustionati |
| <input type="checkbox"/> Kinetic control | <input type="checkbox"/> Trigger points |
| <input type="checkbox"/> Taping | <input type="checkbox"/> Terapia psicocorporea |
| <input type="checkbox"/> Klein Vogelbach | <input type="checkbox"/> Altro) :..... |
| <input type="checkbox"/> Massaggio connettivale
riflesso | |
| | |
| | |

MODUS OPERANDI /ATTREZZATURA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Studio | <input type="checkbox"/> Piscina/bacino di riabilitazione | <input type="checkbox"/> Lingue parlate : |
| <input type="checkbox"/> A domicilio | <input type="checkbox"/> Accesso per sedie a rotelle | |
| | <input type="checkbox"/> Materiale fitness (MTT) | |
| <input type="checkbox"/> Trattamento di gruppo | <input type="checkbox"/> Ondule d'urto radiali | |

PRATICHE CORRELATE

Si prega di notare le discipline che si desidera vengano visualizzate sul nostro sito :

.....
.....
.....



IMPEGNO

Io Sottoscritto/a mi impegno:

- ✓ a rispettare lo statuto dell'ASPI
- ✓ a mettere in pratica le regole del Codice di deontologia
- ✓ ad applicare le convenzioni tariffarie che vincolano i soci dell'ASPI, così come le relative direttive di applicazione
- ✓ a autorizzare l'ASPI a includere il mio nome e le mie informazioni di contatto nei file dell'associazione et a comunicarli solo a titolo professionale

Cognome, nome:

Data e firma:

Da spedire a:

ASSOCIATION SUISSE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES INDÉPENDANTS
CHEMIN DES CÈDRES 15, 1023 CRISSIER

Ammesso/a nell'associazione

Data :.....

Firma: