

Prescrizione di Chiropratica esame e trattamento

Paziente

Cognome
 Nome
 Via
 NPA / località
 Data di nasc. Sesso
 Telefono

Indirizzo della chiropratica

Appuntamento

urgente
 convocare direttamente pf
 concordato il: :

Assicurazione

Nome
 Via
 NPA / località

Caso

Legge
 N° / Data caso
 Modello HMO no sì

Referto / Diagnosi / Trattamento

Dolori acuti subacuti cronici
 Sospetto ED no sì Sospetto di trauma no sì
 Disturbi / Col. cerv. Col. dos. / Cost. Col. lom. / Bacino Art. sacroiliaca
 Questione Anca Estremità Atm Altro

Esami
precedenti

Trattamento
precedente

Osservazioni

Referto desiderato per Mail per Tel.
 per Posta per Fax

Data

Firma

superfluo per invio elettronico

Medico

Indirizzo

Tel. / Fax

Mail

GLN / RCC