

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

N° assicurato

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 Altro

Esami
precedenti

Trattamento
precedente

Osservazioni

Referto non necessario desiderato

Data

Firma _____
superfluo per invio elettronico

Medico

Indirizzo

Tel. / Fax

GLN / RCC