medForms.ch
© 2019, tutti i diritti riservati

Prescrizione di Chiropratica esame e trattamento

Data

Paziente

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

Destinatario Chiropratico

Appuntamento

☐ urgente
☐ convocare direttamente pf
☐ concordato il: :

Assicurazione

Nome
Via
NPA / località

Caso

Legge/N° ass.
N° /Data caso
Modello HMO ☐ no ☐ sì

Referto / Diagnosi / Trattamento

Dolori ☐ acuti ☐ subacuti ☐ cronici

Sospetto ED ☐ no ☐ sì Sospetto di trauma ☐ no ☐ sì

Disturbi / Questione
☐ Col. cerv. ☐ Col. dos. / Cost. ☐ Col. lom. / Bacino ☐ Art. sacroiliaca
☐ Anca ☐ Estremità ☐ Atm ☐ Altro

Esami precedenti

Trattamento precedente

Osservazioni

Referto desiderato ☐ per Mail ☐ per Tel. ☐ per Fax ☐ per Posta

Medico

Mail
GLN RCC

Chiropratico

Mail
Tel. Fax

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!