

Rapporto di esame e trattamento chiropratico

Data

Paziente

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

Destinatario

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

Trattamento
realizzato

Chiropratico

Mail
GLN RCC

Medico

Mail
GLN RCC

Invio
elettronico