

# 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