medForms.ch
© 2019, tutti i diritti riservati

Rapporto di esame e trattamento chiropratico

Data

Paziente

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

Destinatario Medico

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

Trattamento realizzato

Chiropratico

Mail
GLN RCC

Medico

Mail
GLN RCC

Invio elettronico

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