

Ordinanza LCA per la podologia

Data:

Destinatario:

Paziente

Cognome		
Nome		
Data di nasc.		Sesso
Via		
NPA / località		
N° AVS		
Telefono		
Mail		

Assicurazione

Nome		
Via		
NPA / località		
GLN		

Impresa / Dati assicurativi

Nome		
NPA / località		
Legge / N° ass		
N° inf. / Data inf.		

Prescrizione

- Podologia / trattamento medico del piede Ortonxia Protesi delle unghie
 Massaggio ai piedi e alle gambe Ortesi di correzione e protezione dalla pressione
 Altro: _____

Anamnesi

Diagnosi

Motivo del
trattamento

Osservazioni

Medico

GLN		RCC	
Mail			

Podologo/Podologa

GLN		Tel.	
Mail			

Invio
elettronico

--