

# Prescrizione di Chiropratica esame e trattamento

Data

## Paziente

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

## Destinatario

## 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 /  Col. cerv.  Col. dos. / Cost.  Col. lom. / Bacino  Art. sacroiliaca  
 Questione  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**