

Nome:	
Cognome:	
Via:	
NPA Località:	
Data di nascita:	
Numero partner:	

<p>1. Diagnosi? (comprese i gli infortuni e le conseguenze degli infortuni)</p> <p>Peso / Altezza:</p>	
2. Quando è stato eseguito il primo trattamento nel suo studio medico?	
3. Di che tipo di trattamento si è trattato?	
<p>4. Si tratta delle conseguenze di un infortunio?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In caso affermativo : data dell'infortunio? 	
<p>5. C'è stata una guarigione ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In caso affermativo : data della conclusione del trattamento? 	
6. Esiste un rischio di ricaduta?	
7. Possono sorgere delle conseguenze tardive?	
8. Durata presumibile dell'attuale trattamento ?	
<p>9. In un prossimo futuro ci si deve aspettare</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un trattamento ospedaliero ■ una cura ■ un'incapacità lavorativa ? 	

Data:

Timbro e firma del medico:
