



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

1. Diagnosi? (comprese gli infortuni e le conseguenze degli infortuni) Peso / Altezza:	
2. Quando è stato eseguito il primo trattamento nel suo studio medico?	
3. Di che tipo di trattamento si è trattato?	
4. Si tratta delle conseguenze di un infortunio? ■ In caso affermativo : data dell'infortunio?	
5. C'è stata una guarigione ? ■ 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 ?	
9. In un prossimo futuro ci si deve aspettare ■ un trattamento ospedaliero ■ una cura ■ un'incapacità lavorativa ?	

Data:

Timbro e firma del medico:
