

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____

DIAGNOSI (patologia per cui è richiesto trattamento con onde d'urto)

Inviato da

Medico di medicina generale Specialista

Con documentazione radiografica:

RADIOGRAFIA ECOGRAFIA RMN TAC

TERAPIE IN ATTO E/O PRECEDENTI AL TRATTAMENTO:

- MEDICHE _____
- INFILTRAZIONI _____
- MEZZI FISICI _____
- ALTRO _____

In terapia anticoagulante _____

Note particolari _____

SEDE	FIRMA X TRATTAMENTO		DATA	COLPI	ENERGIA (mj/mm ²)	SONDA
	1°					OE50
	2°					OE50
	3°					OE50

SEDE	FIRMA X TRATTAMENTO		DATA	COLPI	ENERGIA (mj/mm ²)	SONDA
	1°					OE50
	2°					OE50
	3°					OE50

SEDE	FIRMA X TRATTAMENTO		DATA	COLPI	ENERGIA (mj/mm ²)	SONDA
	1°					OE50
	2°					OE50
	3°					OE50

SEDE	FIRMA X TRATTAMENTO		DATA	COLPI	ENERGIA (mj/mm ²)	SONDA
	1°					OE50
	2°					OE50
	3°					OE50

SEDE	FIRMA X TRATTAMENTO		DATA	COLPI	ENERGIA (mj/mm ²)	SONDA
	1°					OE50
	2°					OE50
	3°					OE50

ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI IDONEITÀ PER L'ESECUZIONE DELLE TERAPIE FISICHE

A seguito di un accurato studio clinico e funzionale si dichiara che non esistono controindicazioni all'esecuzione delle terapie fisiche, per le quali sussiste una precisa indicazione e necessità per un corretto inquadramento terapeutico.

Il paziente dichiara che non è:

- Portatore di pace-maker;
- Portatore di protesi metalliche (per fratture, interventi correttivi funzionali, ecc.) viti, chiodi, distrattori della colonna vertebrale;
- Neurostimolatori;
- Affetto da neoplasie;
- Se donna, in stato di gravidanza.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____ dichiaro di essere stato sufficientemente informato dal medico curante sulla necessità di sottopormi al ciclo di terapie fisiche richieste e così pure sulle finalità di svolgimento e di accettare l'esecuzione.

Dichiaro inoltre di essere stato informato anche sui potenziali effetti indesiderati, di tipo maggiore e/o minore, che potrebbero insorgere nel corso della terapia.

Crema _____

Firma del paziente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali

Io sottoscritto, in riferimento a quanto in oggetto e alla Vostra informativa al trattamento dei dati personali, esprimo con la presente il consenso richiesto in base all'art. 23 del D.Lgs. 196/03 per il trattamento dei dati in Vostro possesso per le finalità indicate nella suddetta informativa, per la comunicazione e diffusione ai terzi indicati nell'informativa stessa.

Ai sensi del D.Lgs. 196/063 esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali a "SANITAS DIAGNOSTICA SRL".

Dichiaro inoltre di autorizzare esplicitamente il trattamento dei miei dati sensibili.

Crema _____

Firma del paziente
