



Principali controindicazioni per essere sottoposti ad eventuali trattamenti di Medicina Fisica e Riabilitazione

Sig. / Sig.ra

nato/a il a

residente in Via

Il questionario deve essere compilato, sottoscritto e pertanto approvato dal paziente per poter accedere ai trattamenti strumentali e riabilitativi.

portatore di pace-maker

SI NO

soggetto in stato di gravidanza

terapia infiltrativa in corso o praticata nelle scorse settimane

portatore di stimolatore midollare

portatore di pompa ad infusione per farmaci

soggetto affetto da disturbi della coagulazione o in terapia anticoagulante (es. Coumadin)

Portatore di protesi metalliche e non e di mezzi di sintesi ossea

portatrice di dispositivi intrauterini (I.U.D.)

precedenti reazioni a farmaci/terapie

se sì quali?

allergie note

se sì quali?

soggetto affetto da cardiopatia ischemica

soggetto affetto da ipertensione arteriosa

soggetto affetto da patologie dermatologiche in fase attiva

se sì quali?

soggetto affetto da flogosi e/o infezioni recenti

se sì quali?

soggetto affetto da tromboflebiti o tromboembolie in atto

soggetto affetto da crisi comiziali (epilessia)

soggetto affetto da malattie infettive

se sì quali?

soggetto affetto da retinopatia diabetica

soggetto affetto da neoplasie

se sì quali?

altro:

Luogo Data

Firma del paziente

Cognome e Nome del genitore (o chi ne abbia la patria potestà)

Firma del genitore Grado di parentela

N. documento d'identità Comune di

SEDE LEGALE ED AMMINISTRATIVA - **Casa di Cura Habilita S.p.A.**

Via Bologna, 1 - 24040 Zingonia di Ciserano (BG) - Tel. 035 48155 11 - Fax 035 882402 - e-mail: habilita@habilita.it - www.habilita.it