

Sig. / Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

residente in _____ Via _____

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

	SI	NO
portatore di pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto in stato di gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terapia infiltrativa in corso o praticata nelle scorse settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portatore di stimolatore midollare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portatore di pompa ad infusione per medicinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da disturbi della coagulazione o in terapia anticoagulante (es. Coumadin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portatore di protesi metalliche e non e di mezzi di sintesi ossea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portatrice di dispositivi intrauterini (I.U.D.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
precedenti reazioni a farmaci/terapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali? _____		
allergie note	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali? _____		
soggetto affetto da cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da patologie dermatologiche in fase attiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali? _____		
soggetto affetto da flogosi e/o infezioni recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali? _____		
soggetto affetto da tromboflebiti o tromboembolie in atto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da crisi comiziali (epilessia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da malattie infettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali? _____		
soggetto affetto da retinopatia diabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da neoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali? _____		
altro: _____		

Luogo, _____ data, _____

Firma del paziente _____

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

Firma del genitore _____ Grado di parentela _____

N. documento d'identità _____ Comune di _____