

## Formulario di comanda per noleggio Artromot ( CPM )

### Dati del paziente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

### Dati dell'assicurazione

Lainf  Cassa malati

Assicurazione / indirizzo \_\_\_\_\_ Assicurazione / indirizzo \_\_\_\_\_

Num. Inf. \_\_\_\_\_ Num. Ass. \_\_\_\_\_

### KINETEC E LIMITE DEL MOVIMENTO IN GRADI

**Compex**

**Ginocchio / Anca passivo** dx  sx  Flessione

Estensione

**Ginocchio / Anca attivo** dx  sx  Carico max

**Gomito** dx  sx  Flessione

Estensione

**Caviglia** dx  sx  Flessione

Estensione

**Polso** dx  sx  Flessione

Estensione

**Spalla** dx  sx

Adduzione \_\_\_\_\_ Abduzione \_\_\_\_\_

Rotazione Int \_\_\_\_\_ Rotazione Ext \_\_\_\_\_

Data inizio terapia \_\_\_\_\_

Durata della terapia \_\_\_\_\_

Medico curante : \_\_\_\_\_

Clinica / Ospedale : \_\_\_\_\_

Timbro e Firma :