

BOLLETTINO DI COMANDA PER NOLEGGIO KINETEC

INFORMAZIONI DEL PAZIENTE

NOME _____ TELEFONO _____
 COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____
 INDIRIZZO _____

INFORMAZIONE SULL'ASSICURAZIONE

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSICURAZIONE	MALATTIA	INFORTUNIO
NUMERO INFORTUNIO	NUMERO ASSICURATO	
DATA DI NASCITA		
MEDICO CURANTE	CLINICA / OSPEDALE	
INIZIO DELLA LOCAZIONE	TIMBRO E FIRMA	
DURATA DELLA LOCAZIONE		

KINETEC E LIMITE DEL MOVIMENTO IN GRADI

GINOCCHIO	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	FLESSIONE	<input type="text"/>	ESTENSIONE
SPALLA	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	ADDUZIONE	<input type="text"/>	ABDUZIONE
					<input type="text"/>	ROTAZIONE INT.	<input type="text"/>	ROTAZIONE EXT.
GOMITO	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	ESTENSIONE	<input type="text"/>	FLESSIONE
CAVIGLIA	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	ESTENSIONE	<input type="text"/>	FLESSIONE
POLSO	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	ESTENSIONE	<input type="text"/>	FLESSIONE
DITA	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	ESTENSIONE	<input type="text"/>	FLESSIONE
INFORMAZIONI								