

**Formulario di comanda per noleggio Artromot
 (CPM) -
 Compex - Magneto Terapia**

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 Magneto Terapia

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 :