

Pagina 1/2

Generalità

Cognome e Nome _____

Via _____ NPA / Luogo _____

N. tel. _____ E-mail _____

Data di nascita _____ Professione _____

Motivo del trattamento _____

Cassa malati

Assicurazione di base LAMal _____ Assicurazione complementare LCA _____

Medico di famiglia _____

Si sta sottoponendo a un trattamento medico? Se sì, per quale motivo?

Assume farmaci? Se sì, quali?

Ha subito operazioni? Se sì, quali?

Soffre di

Sì

No

Diabete

Epilessia

Malattie dell'apparato cardiocircolatorio

quali _____

Malattie vascolari

quali _____

Trombosi / Embolia

Allergie / Allergie cutanee

quali _____

Cancro

tipologia _____

Malattie infettive

quali _____

Asma

Disturbi psichici

quali _____

Altre malattie

quali _____

È in corso una gravidanza?

Pagina 2/2

La prego di informarmi sul suo attuale stato di salute e di comunicarmi se dovessero sopraggiungere eventuali cambiamenti. Si accerti prima del trattamento se la sua assicurazione malattie se ne assume i costi e in quale entità.

Care pazienti, vi prego di informarmi se state pianificando una gravidanza e il massaggio si svolgerà durante questo periodo. Nei primi quattro mesi di gravidanza si consiglia di prestare la massima cautela.

In caso di impedimento, occorre annullare l'appuntamento al più tardi 24 ore prima dell'orario previsto. In caso contrario, il trattamento mancato sarà fatturato ugualmente e non sarà emesso alcun giustificativo di rimborso. L'importo fatturato sarà dunque dichiarato come «Consultazione mancata».

Data _____ Firma _____

Tutte le informazioni fornite sono trattate in maniera confidenziale.