

Modalità di prenotazione on-line
della terapia con onde d'urto focalizzate

SEDE DI SARNICO

Inviare una e-mail a: coo.fisio@habilitasarnico.it allegando i seguenti documenti:

- 1) modulo "Principali controindicazioni per esser sottoposti a terapia con onde d'urto focalizzate" (qui di seguito allegato) compilato e sottoscritto;
- 2) impegnativa del medico (con la prescrizione onde d'urto focalizzate);
- 3) esame strumentale o referto di visita specialistica;
- 4) recapito telefonico.

Per informazioni per la sede di Sarnico, contattare il numero: 035/918226.

Per informazioni per le sedi di Zingonia, Bergamo, Clusone e Albino, contattare il numero: 035/4815511.

ZINGONIA	BERGAMO	ALBINO	BONATE SOTTO	SARNICO	CLUSONE	OSIO SOTTO
ISTITUTO DI NEURORIABILITAZIONE AD ALTA COMPLESSITÀ Via Bologna, 1 24040 Zingonia di Ciserano (BG) T +39 035 4815511 F +39 035 882402 habilita@habilita.it	POLIAMBULATORIO SAN MARCO Piazza della Repubblica, 10 24125 Bergamo T +39 035 222062 F +39 035 210562 infosanmarco@habilita.it	RSD-POLIAMBULATORIO Via Selvino, 8 24021 Albino (BG) T +39 035 7756311 F +39 035 773761 infoalbino@habilita.it	LABORATORIO ANALISI MEDICHE Via V. Veneto, 2 24040 Bonate Sotto (BG) T +39 035 993050 F +39 035 992297 infofab@habilita.it	OSPEDALE FACCANONI Via P.A. Faccanoni, 6 24067 Sarnico (BG) T +39 035 9181 F +39 035 913856 info@habilitasarnico.it	POLIAMBULATORIO Via N. Zucchelli, 2 24023 Clusone (BG) T +39 0346 22654 F +39 0346 27220 infoclusone@habilita.it	POLIAMBULATORIO Via Donizetti, 6 24046 Osio Sotto (BG) T +39 035 4815511 F +39 035 882402 habilita@habilita.it

HABILITA SPA Via Bologna, 1 - 24040 Zingonia di Ciserano (BG) - C.F. e P.IVA 00765430160 - Cap. Soc. Euro 780.000 i.v.
REA n° 171358 della C.C.I.A.A. di Bergamo - Ufficio del registro delle imprese - Tribunale di Bergamo n° 13451

Principali controindicazioni per esser sottoposti a
terapia con onde d'urto focalizzate

07/11/2018

Sig. / Sig.ra:
 Nato/a il: a:
 Residente a via:

Il questionario deve essere compilato, sottoscritto e pertanto approvato dal paziente onde 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"/>
soggetto affetto da disturbi della coagulazione o in terapia anticoagulante (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"/>
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 si quali?.....		
soggetto affetto da flogosi e/o infezioni recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si 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 si quali?.....		
soggetto affetto da neoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si quali?.....		

Altro:

Cosciente delle sanzioni previste dal rilascio di dichiarazioni non corrispondenti al vero di cui al D.P.R. n.445/2000, il sottoscritto consente il trattamento dei dati personali identificativi e particolari per le finalità di tutela della salute ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016?

Consente Non consente

Luogo e data:

Firma del paziente:.....

Firmando il presente modulo dichiara di aver letto e compreso il contenuto dell'Informativa ai sensi del Regolamento UE nr. 679/2016. In qualsiasi momento è possibile prendere visione dell'Informativa, chè è anche riportata sul sito web <http://www.habilita.it>

Cognome e nome del genitore (o chi ne abbia la patria potestà).....
 Firma del genitore grado di parentela
 N. documento di identità Comune di