

	Principali controindicazioni per essere sottoposti ad eventuali trattamenti di Medicina Fisica e Riabilitazione	
---	--	--

Sig. / Sig.ra

nato/a il a

residente in Via

Il questionario deve essere compilato, sottoscritto e pertanto approvato dal paziente per 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"/>
portatore di stimolatore midollare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
portatore di pompa ad infusione per farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da disturbi della coagulazione o in terapia anticoagulante (es. 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"/>
precedenti reazioni a farmaci/terapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali?		
allergie note	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali?		
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 sì quali?		
soggetto affetto da flogosi e/o infezioni recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì 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 sì quali?		
soggetto affetto da retinopatia diabetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soggetto affetto da neoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì quali?		
altro:		

Luogo Data

Firma del paziente

Cognome e Nome del genitore (o chi ne abbia la patria potestà)

Firma del genitore Grado di parentela

N. documento d'identità Comune di

SEDE LEGALE ED AMMINISTRATIVA - Casa di Cura Habilita S.p.A.

Via Bologna, 1 - 24040 Zingonia di Ciserano (BG) - Centralino 035 4815511 - Fax 035 882402 - Prenotazioni ambulatoriali 035 4815515
e-mail: habilita@habilita.it - www.habilita.it