Dott.ssa Giulia Marcandalli

FISIOTERAPIA CARDIO-RESPIRATORIA

Scheda Invio Fisioterapia Cardio-Respiratoria

DATI PAZIENTE	
Nome e Cognome	_____
Data di nascita	_____
Telefono	_____
Diagnosi/Condizione clinica	
Comorbilità rilevanti	

Motivazione dell'invio: riabilitazione cardio-respiratoria, recupero funzionale, gestione dispnea, miglioramento tolleranza allo sforzo.

QUESITO/MOTIVAZIONE DEL MEDICO
Data _____ Timbro e Firma Medico _____

Contatti professionali

Dott.ssa Giulia Marcandalli | Cell. 3515191977 | Email: gmarcandalli1@gmail.com