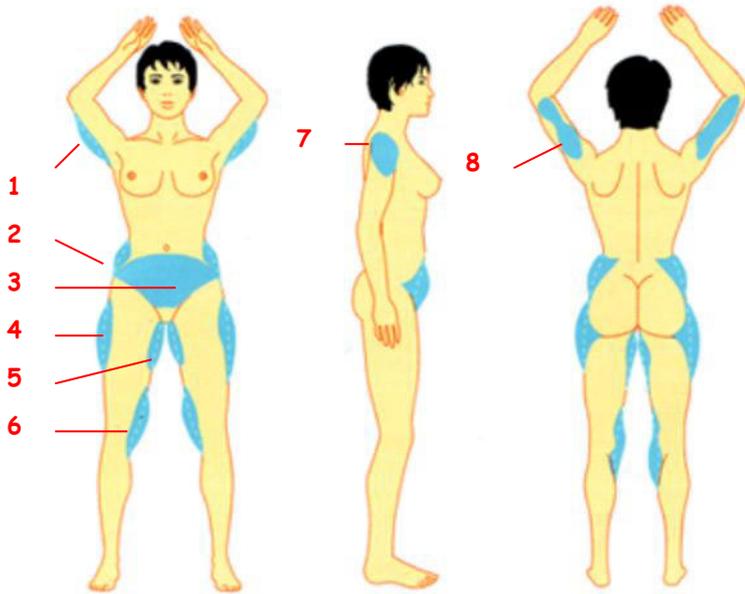


SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA CHE PRECEDE IL TRATTAMENTO DI CAVITAZIONE

Data _____

NOME		COGNOME	
INDIRIZZO		C.A.P.	
CITTA'		TELEFONO	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	



Desidera trattare le seguenti zone (selezionare il numero):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

AREE TRATTABILI CON CAVITAZIONE

NOTE O COMMENTI

STORIA PERSONALE DI:

(Mettere una CROCE nella casella corrispondente)

MALATTIE C/O	SI	NO
DISORDINI EPATICI		
AUMENTO TRIGLICERIDI	SI	NO
AUMENTO COLESTEROLO	SI	NO
IPOTIROIDISMO	SI	NO

OBESITA'	SI	NO
DIABETE	SI	NO
INSUFFICIENZA RENALE	SI	NO
CARDIOPATIE	SI	NO
PROTESI METALLICHE VICINO ALLA ZONA DA TRATTARE	SI	NO
TRAPIANTO	SI	NO
AFFEZIONI ORECCHIO MEDIO E INTERNO	SI	NO
STATI FEBBRILI/INFIAMMATORI	SI	NO
GRAVIDANZA/ALLATTAMENTO	SI	NO
MASTECTOMIA	SI	NO
FUMO/ALCOOL	SI	NO
CONTRACCEZIONE/GRAVIDANZE	SI	NO

Per poter accedere al trattamento occorre che tutte le suddette condizioni siano **ASSENTI**.