

Richiesta prestazioni ed esami

ETICHETTA PAZIENTE

Data richiesta:

Nome richiedente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Telefono:

Domicilio:

Diagnosi principale:

Diagnosi secondarie:

Fattori di rischio cardiovascolare:

- Diabete Familiarità Fumo Dislipidemia ITA Sovrappeso

Prestazioni richieste:

- Riabilitazione ambulatoriale
 Ergospirometria su cicloergometro / Cyclette
 Ergospirometria su treadmill / tapis roulant

Osservazioni:

Data:

**Timbro e firma del
medico richiedente:**

- ▶ Compilare accuratamente tutti i campi e inviare a: cardioriabilitazione.cardiocentro@eoc.ch
- ▶ Allegare l'ultima documentazione medica disponibile