

Istruzioni preparatorie all'esame:

FISIOTERAPIA ONDE D'URTO FOCALI

da eseguire scrupolosamente come indicato:

*PORTARE ESAMI RADIOGRAFICI, ECOGRAFICI, DOCUMENTAZIONE MEDICA E
DOCUMENTI DI TERAPIE GIA' EFFETTUATE PER LA STESSA PATOLOGIA*

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto:

Nato/a a:

il:

residente a:

in:

DICHIARA:

*di non essere in terapia anti aggregante o anti coagulante o di avere note malattie della
coagulazione o di essere a conoscenza di patologie che controindichino l'effettuazione della
procedura.*

Firma