

Scheda cliente

Fisioterapia

Attività

DETTAGLI CLIENTE

Nome completo

Telefono

Email

Data di nascita

DETTAGLI SERVIZIO

Motivo della visita

Storia medica e diagnosi

Farmaci attuali

Livello di dolore da 0 a 10

Valutazione e gamma di movimento

Piano di trattamento e numero di sessioni

Note sui progressi

Note

Data

Firma specialista