

RICHIESTA ERGOSPIROMETRIA

ETICHETTA PAZIENTE

Data richiesta:

Nome richiedente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Telefono:

Domicilio:

Diagnosi principale:

Diagnosi secondarie:

Ergospirometria su: Cicloergometro/Cyclette

Treadmill/Tapis roulant

Osservazioni:

Data:

**Timbro e firma del
medico richiedente:**

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

Data pubblicazione:	14.03.2022
Ultimo aggiornamento:	14.03.2022
Approvato da:	CCT-Riabilitazione ambulatoriale