

SERVIZIO DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E PREVENTIVA

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: riabilitazione.icct@eoc.ch**
- ▶ **Allegare l'ultima documentazione medica disponibile**

Data pubblicazione:	10.03.2022
Ultimo aggiornamento:	22.08.2025
Approvato da:	Servizio di cardiologia riabilitativa e preventiva