

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