



Ambulatorio
Medico Polispecialistico

Data ____ / ____ / ____

Cognome _____

Nome _____

Diagnosi _____

Si richiede ciclo di terapia inalatoria termale:

n° _____ sedute docce micronizzate

n° _____ sedute inalazioni caldo umide

n° _____ sedute aerosol/ aerosol sonico / humages

n° _____ sedute insufflazioni endotimpaniche

n° _____ politzer vibrato

Si richiede controllo ORL