

Scheda di valutazione per l'uso del Generatore di Campi Magnetici Pulsati a Bassa Intensità di Bio-risonanza

Nome _____ Cognome _____ sesso _____

Inizio sedute in data ___/___/_____ età ___ peso ___ h ___ Tel. _____

Medico di Riferimento : _____

Note: _____

Periodo	Mattina Stuoia	Mattina Cuscino	Pomeriggio Cuscino	Sera Stuoia	Sera Cuscino
1 ^a Settimana	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___
2 ^a Settimana	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___
3 ^a Settimana	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___
4 ^a Settimana	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___	Intensità ___ Min ___

Condizioni di salute prima del trattamento.

Condizioni di salute dopo il trattamento.

CONFERIMENTO E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ART.23 D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196; Preso atto dell'informativa acconsento, ai sensi dell'art. 23 del D. lgs citato, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti della predetta informativa. Tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

Data e Firma _____

Sede legale ed operativa: Largo Promessi Sposi 7, 20142 Milano (MI) – P.I. 02581810799

Filiale operativa per il Sud Italia: Via Germania 23 - 88900 Crotona (KR)

Tel. 0962.965025 - Fax 06/25496187 www.med-systems.it – E-Mail fireuskr@med-systems.it

Domande da formulare al paziente:

1. Ha difficoltà ad addormentarsi? sì; no
2. Quante ore dorme durante la notte? _____
3. Com'è la qualità del sonno? _____
4. La mattina avverte stanchezza? sì; no
5. Soffre di costipazione? sì; no
6. Soffre di emicranie? sì; no
7. Quando sale le scale avverte difficoltà nella respirazione? sì; no
8. La notte quante volte si alza per urinare? _____
9. Qual è la sua frequenza cardiaca attuale? _____
10. Qual è la sua saturazione di SO₂ attuale? 99; 98; 97; ____
11. Soffre di dolori articolari? sì; no
 Quali? _____
Intensità da 1 a 10? _____
12. È affetta da patologie oncologiche? sì; no Quali?

***Il sistema non deve essere utilizzato nei seguenti casi:
Crisi epilettiche, portatori di pace-maker, gravidanza in corso.***

Data e Firma _____