

INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

| | | | |
|-------------|--|--------------------------|--|
| Data | | Número Paciente # | |
|-------------|--|--------------------------|--|

| | |
|----------------|--|
| Apelido | |
| Nome | |

| | | | | | |
|-------------|---------|-------------------------|----------------|--------------|--|
| Sexo | F__ M__ | Data Nascimento: | ____/____/____ | Idade | |
|-------------|---------|-------------------------|----------------|--------------|--|

| | |
|---------------|----------------------|
| Morada | |
| Bairro | Código Postal |

Contactos

| | | | |
|----------------------------|--|------------|--|
| Telefone de Casa | | Fax | |
| Telefone do Emprego | | | |

Aconselhado por um Médico: Sim Não

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome do Médico | |
| Designação Consultório | |

| | |
|---------------|----------------------|
| Morada | |
| Bairro | Código Postal |

| | |
|-----------------|------------|
| Telefone | Fax |
|-----------------|------------|

Tem os Raios-X consigo? Sim Não

Quando foram efectuados os Raios-X? _____ Anos _____ Meses

Como é que Ouviu falar da Terapia PST Ortho®?

Artigos Jornais Revistas TV n/Estrangeiro Amigos Familiares

Outros (indicar SFF): _____

Assinatura do Paciente: _____ **Data:** ____/____/____