

--

Prescrizione

Consiglio

Libero

Controlli

Dott.
-------

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sesso M  F

Altezza 

	cm
--	----

Peso 

	Kg
--	----

Nr. Scarpa 

--

Piede SX

Lunghezza	mm
Larghezza	mm
Profondità istmo	mm
Inclinazione retropiede	°

Piede DX

Lunghezza	mm
Larghezza	mm
Profondità istmo	mm
Inclinazione retropiede	°

Diagnosi medico:

--