

--

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:

--