

TRATTAMENTO DEL DOLORE CON NEUROMODULAZIONE

Nome e cognome paziente: _____

Data inizio terapia: _____

Montaggio cuffia: C3-Fp2 C4-Fp1 F3-F4

N° di sedute: 10 15 20

Inquadra il QR code per compilare
il modulo di richiesta noleggio



TRATTAMENTO DEL DOLORE CON NEUROMODULAZIONE

Nome e cognome paziente: _____

Data inizio terapia: _____

Montaggio cuffia: C3-Fp2 C4-Fp1 F3-F4

N° di sedute: 10 15 20

Inquadra il QR code per compilare
il modulo di richiesta noleggio



TRATTAMENTO DEL DOLORE CON NEUROMODULAZIONE

Nome e cognome paziente: _____

Data inizio terapia: _____

Montaggio cuffia: C3-Fp2 C4-Fp1 F3-F4

N° di sedute: 10 15 20

Inquadra il QR code per compilare
il modulo di richiesta noleggio



TRATTAMENTO DEL DOLORE CON NEUROMODULAZIONE

Nome e cognome paziente: _____

Data inizio terapia: _____

Montaggio cuffia: C3-Fp2 C4-Fp1 F3-F4

N° di sedute: 10 15 20

Inquadra il QR code per compilare
il modulo di richiesta noleggio

