

HEINE Bodymap

Data di registrazione: _____

Nome del paziente: _____

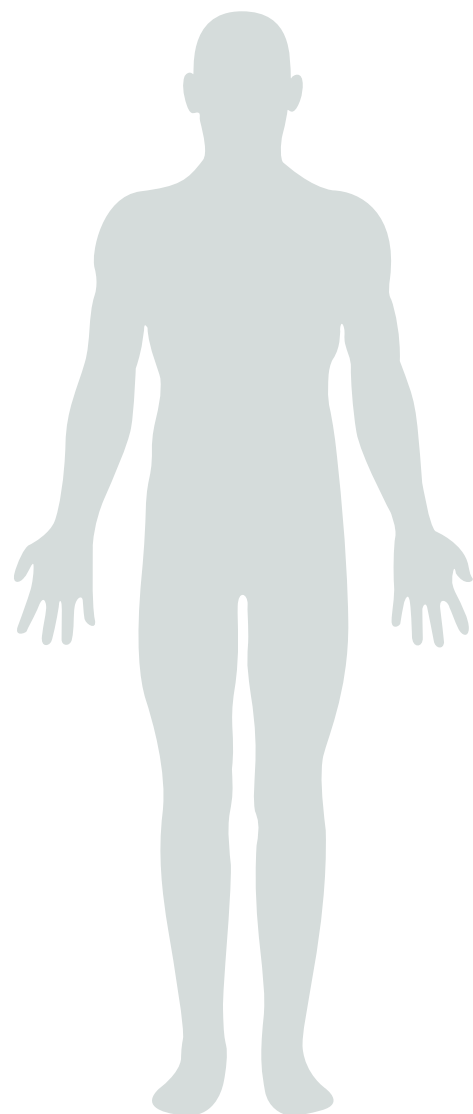
Data di nascita: _____

ID paziente: _____

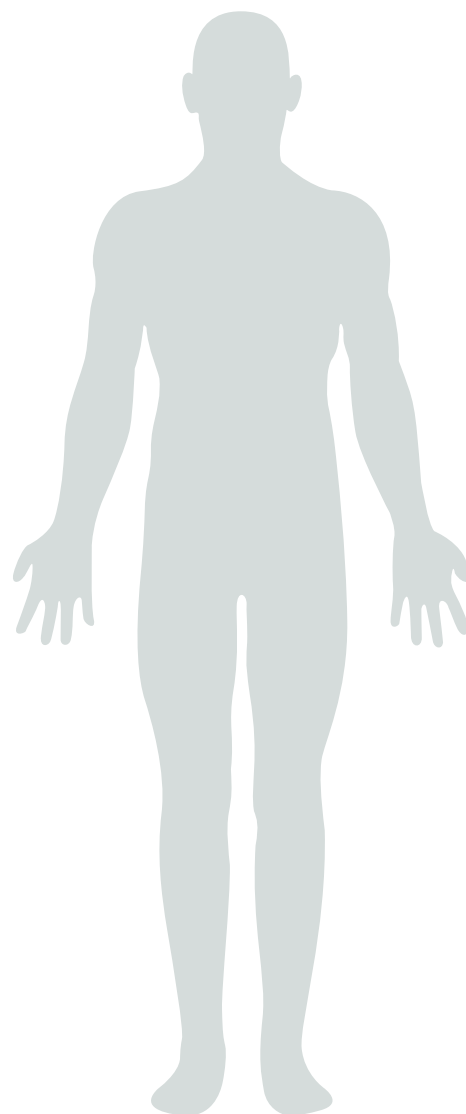
Sesso: maschio femmina

Firma: _____

Osservazione: _____



front



back

