CENTRO DI TERAPIA CON TOSSINA BOTULINICA

CENTRO DI NEUROMODULAZIONE PERIFERICA
CEFALEE E DOLORE NEUROPATICO

NEURO B

Direttore Scientifico: ***Dr. Francesco Bono***

Catanzaro, _____

In data odierna il/la paziente _____

affetto/a da_____

ha praticato trattamento con Tossina Botulinica.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO, TIPO E DOSAGGIO

EMG-GUIDATO [ ] **ECO-GUIDATO [ ]**

BOTOX [ ] **DYSPORT [ ]** **XEOMIN [ ]**

Muscolo/Area Cutanea/Ghiandola	DX	SX
Dose totale (unità)		

Dr. Francesco Bono

Per il Paziente e il Medico Referente:

Per eventuali comunicazioni con il medico inviare una email a info@neuro.it

In occasione di ogni trattamento con Tossina Botulinica è necessario portare il presente certificato.

La prenotazione per il successivo Trattamento con Tossina Botulinica è fissata in data_____alle ore_____.

Le prenotazioni si possono effettuare inviando una email a info@neurob.it o telefonando al numer: 0961777148

Per ulteriori informazioni ed eventuali comunicazioni : fgbono@icloud.com

www.neurob.it info@neurob.it