
Scheda di Invio Paziente — *Referral Form*

Oggetto: Richiesta di Trattamento di Idrocolonterapia Integrata
Da compilare a cura del Medico Curante / Ginecologo / Specialista.

Dati della Paziente

Nome e Cognome

Data di Nascita

Recapito telefonico / e-mail

1. Indicazione Clinica Principale

Selezionare una o più voci:

- Sospetta o accertata **Disbiosi Intestinale** con sintomi correlati (gonfiore, irregolarità alvo)
- Endometriosi** (per modulazione dell'estrobolome e supporto antinfiammatorio)
- PCOS** (Sindrome dell'Ovaio Policistico)
- Supporto a percorso di **Infertilità / PMA** (preparazione all'impianto e modulazione immunitaria)
- Stipsi cronica** non responsiva a terapie standard
- Altro: _____

2. Protocollo Suggesto

- Protocollo Reset Base** (3–5 sedute): riequilibrio intestinale e detossificazione
- Protocollo Eubiosi Avanzato** (5–8 sedute + integrazione mirata): asse intestino-utero

3. Note Farmacologiche / Anamnesi Rilevante

4. Consenso e Firma del Medico Inviante

Il sottoscritto, valutate le condizioni cliniche della paziente, esclude le principali controindicazioni (diverticolite acuta, neoplasie intestinali in fase attiva, gravidanza, gravi cardiopatie scompensate, interventi chirurgici recenti al colon-retto) e autorizza l'esecuzione del trattamento richiesto.

Dott. / Dott.ssa

Specializzazione / Ordine n.

Data e Firma

Note per il medico inviante

- **Tecnologia medica certificata:** i trattamenti utilizzano dispositivi medici CE con sistemi monouso sterili.
- **Personale qualificato:** trattamenti eseguiti esclusivamente da personale sanitario formato, a garanzia di sicurezza, privacy e comfort.
- **Feedback al medico inviante:** al termine del ciclo verrà rilasciata alla paziente una scheda riassuntiva da riportare in visione.