

RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarcì eventuali esami precedenti anticipatamente

Cognome	_____	
Nome	_____	<input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio
Via, Nr.	_____	Rappresentante legale _____
C.A.P., Località	_____	Tel. Fisso/Cellulare _____
Data di Nascita	_____	Indirizzo e-mail _____

Convocare paziente

Il paziente ha l'appuntamento il: _____ Orario: _____

A carico di: Malattia Infortunio

Cassa Malati: _____ Nr. d'Ass./AHV: _____

Assicurazione d'infortunio: _____ Nr d'infortunio.: _____ Data: _____

Indagine di Densitometria Ossea DEXA:

Primo Esame

Follow-Up

Quesito Clinico:	PF lasciare libero

Informazioni cliniche:

Allergie: _____ Gravidanza

Anticoagulanti: _____ Allattamento

Indicazioni obbligatoriamente a carico della assicurazione malattia di base, sec. Opre, Art. 9.1:

Osteoporosi clinicamente manifesta e frattura su trauma inadeguato.

Ipogonadismo (menopausa <45 anni, amenorrea primaria o secondaria, terapia con LH-RH analoghi o inibitori aromatasi).

Terapia steroidea a lungo termine (PDN ≥ 5 mg al dì ≥ 3 mesi).

Malattie intestinali (malassorbimento [p.e. HIV, celiachia, intolleranza al lattosio], Crohn, colite ulcerosa).

Iperparatidismo primario (se indicazione operatoria incerta).

Osteogenesi imperfetta.

Controllo terapeutico (al massimo ogni 2 anni in caso di terapia farmacologica dell'osteoporosi)

<p>Rapporto</p> <p><input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nr. Fax: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Posta _____</p> <p><input type="checkbox"/> Referto immediato/Tel.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PF mandare nuove richieste</p> <p><input type="checkbox"/> Copia referto a: _____</p>	<p>Documentazione immagine</p> <p><input type="checkbox"/> Portale Digitale/VueMotion</p>	<p>Medico curante</p> <p>Data: _____</p> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 15px; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 20px;"> <p>Timbro / Firma</p> </div>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si prega di inviare un'e-mail solo in fronte: segretariato@rimed.ch

Il consenso del paziente all'elaborazione e conservazione dei dati nel rispetto della legge sulla privacy è stato ottenuto. Ciò include anche la divulgazione mirata dei dati a terzi.

MAPPA

