

RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarci eventuali esami precedenti anticipatamente

Cognome			
Nome			☐ donna ☐ uomo
Via, Nr.			
C.A.P., Località			
Data di nascita			Rappresentante legale
			Numero di telefono
			Indirizzo e-mail

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

A carico di	☐ Malattia	☐ Infortunio
Cassa Malati:		
Assicurazione d'infortunio:	Nr. d'Ass. /AVS:	
	Nr. d'infortunio:	Data:

Esame richiesto
☐ Sonografia ☐ Infiltrazione ☐ Agoaspirato
Regione anatomica: _____

Quesito Clinico:	PF lasciare libero

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

Rapporto	Documentazione immagine	Medico curante
☐ HIN-Mail: _____	☒ VueMotion	Data: _____
☐ Nr. Fax: _____		Timbro / Firma
☐ Posta: _____		
☐ Referto immediato / Tel.		
☐ PF mandare nuove richieste		
Copia referto a: _____		

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

