

RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarci eventuali esami precedenti anticipatamente

Cognome	_____	<input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio
Nome	_____	
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: <input type="checkbox"/> Primo Esame <input type="checkbox"/> Follow-Up	Ultima densitometria eseguita: _____ Con consiglio terapeutico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Medico per consiglio terapeutico: _____ Terapia in corso: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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)

Rapporto <input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Nr. Fax: _____ <input type="checkbox"/> Posta _____ <input type="checkbox"/> Referto immediato/Tel.: _____ <input type="checkbox"/> PF mandare nuove richieste <input type="checkbox"/> Copia referto a: _____	Documentazione immagine <input type="checkbox"/> Portale Digitale/VueMotion	Medico curante Data: _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Timbro / Firma </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

