

RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarci eventuali esami precedenti anticipatamente

Cognome Nome Via, Nr. C.A.P., Località Data di Nascita		<input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio Rappresentante legale Tel. Fisso/Cellulare Indirizzo e-mail
<input type="checkbox"/> Convocare paziente <input type="checkbox"/> Il paziente ha l'appuntamento il: Orario:		
A carico di: <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Allergie: _____ <input type="checkbox"/> Gravidanza <input type="checkbox"/> Anticoagulanti: _____ <input type="checkbox"/> Allattamento		
Indicazioni obbligatoriamente a carico della assicurazione malattia di base, sec. Opre, Art. 9.1: <input type="checkbox"/> Osteoporosi clinicamente manifesta e frattura su trauma inadeguato. <input type="checkbox"/> Ipogonadismo (menopausa <45 anni, amenorrea primaria o secondaria, terapia con LH-RH analoghi o inibitori aromatasi). <input type="checkbox"/> Terapia steroidea a lungo termine (PDN \geq 5 mg al dì \geq 3 mesi). <input type="checkbox"/> Malattie intestinali (malassorbimento [p.e. HIV, celiachia, intolleranza al lattosio], Crohn, colite ulcerosa). <input type="checkbox"/> Iperparatidismo primario (se indicazione operatoria incerta). <input type="checkbox"/> Osteogenesi imperfetta. <input type="checkbox"/> 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 dashed black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">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

