

RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarci eventuali esami precedenti anticipatamente

Cognome			
Nome		☐ donna	☐ uomo
Via, Nr.		Rappresentante legale	
C.A.P., Località		Numero di telefono	
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./AVS: _____

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

Esame richiesto

☐ MRI ☐ RX Convenzionale ☐ Mammografia

☐ TAC ☐ Interventistica / Punzioni ☐ DEXA

☐ Artro MRI / TAC ☐ Sonografia ☐ Migliore metodica secondo il parere del medico radiologo

Regione anatomica: _____

Quesito Clinico:	PF lasciare libero

Informazioni cliniche

☐ Allergie: _____ ☐ Gravidanza

☐ Anticoagulanti: _____ ☐ Allattamento

MRI

Claustrofobia ☐ si ☐ no	Neurostimolatore ☐ si ☐ no	Pompa per insulina-morfina / altro ☐ si ☐ no
Pacemaker ☐ si ☐ no	Impianto acustico ☐ si ☐ no	Schegge di metallo / Protesi ☐ si ☐ no

MRI / TAC	Interventistica / Punzioni
GFR: _____	Quick-/INR _____
In Data: _____	In Data: _____

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

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

