

RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarci eventuali esami precedenti anticipatamente

PF inviarmi la richiesta prima dell'esame per FAX: +41 91 601 01 69

Cognome	_____	
Nome	_____	☐ donna ☐ uomo
Via, Nr.	_____	Rappresentante legale _____
C.A.P., Località	_____	Tel. Fisso/Cellulare _____
Data di nascita	_____	Tel. Ufficio _____

☐ 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	
Valore Creatinina/GFR:	Valore Quick/INR:	Numero di trombociti:
In Data:	In Data:	In Data:

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

MAPPA

