

Paziente

Cognome _____
Nome _____
Via _____
NPA/località _____
Data di nasc. _____ Sesso _____
N. AVS _____
Telefono _____
Mail _____

Destinatario

GLN _____ RCC _____
Mail _____

Assicurazione

Indirizzo _____
GLN _____

Legge / Caso

Motivo tratt. _____
Legge _____
N° ass. _____
N° /Data infort. _____

Data dell'esame

Urgente

Paziente si annuncia per la visita

Fissare un appuntamento da _____

La visita è stata fissata il giorno _____ :: _____

Esame richiesto

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consulenza neurologica | <input type="checkbox"/> Elettroencefalogramma (EEG) | <input type="checkbox"/> Potenziali evocati visivi (VEP) |
| <input type="checkbox"/> Puntura del liquido cerebrospinale | <input type="checkbox"/> Elettroneuromiografia (ENMG) | <input type="checkbox"/> Potenziali evocati sensoriali (SEP) |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> Pulsossimetria notturna | <input type="checkbox"/> Sonografia duplex neurovascolare |

Anamnesi / Indicazione / questione

Se avete problemi di spazio, potete utilizzare la seguente pagina

Medico di riferimento

Medico di riferimento = medico di base

Mail _____
GLN _____ RCC _____
Tel. _____

Medico di famiglia

Copia dei risultati dal medico di base

Mail _____
GLN _____ RCC _____
Tel. _____

Data _____

Invio elettronico

Osservazioni