

Referto dermatologico generale

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

Consilium dermatologico

Chiarimenti sulle allergie

Acne

Medicina estetica

Valutazione delle alterazioni cutanee

Terapia dei tumori della pelle

Altro (specificare)

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