

Cognome	Rappresentante legale
Nome	legale
Via, Nr.	
NPA, Località	No di telefono
Data nascita	Sesso
	Indirizzo e-mail

Convocare paziente
 Il paziente ha l'appuntamento il: _____ Orario: _____

Legge _____ Assicurazione _____
 N° ass. _____
 N° / Data inf. _____

Esame richiesto *Gli esami contrassegnati con una croce non sono disponibili per l'istituto di radiologia selezionato.*

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RX Convenzionale	<input type="checkbox"/> Mammografia
<input type="checkbox"/> TAC	<input type="checkbox"/> Interventistica / Punzioni	<input type="checkbox"/> DEXA
<input type="checkbox"/> Artro MRI / TAC	<input type="checkbox"/> Infiltrazione	<input type="checkbox"/> Agoaspirato
<input type="checkbox"/> Sonografia	<input type="checkbox"/> Migliore metodica secondo il parere del medico radiologo	

Regione anatomica _____

Quesito Clinico:	PF lasciare libero

Informazioni cliniche
 Allergie: _____ Gravidanza _____
 Anticoagulanti: _____ Allattamento _____

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

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

Rapporto	Documentazione immag.	Medico curante
<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 Copia referto a: _____	<input type="checkbox"/> VueMotion	Mail _____ Tel. _____ Fax _____ GLN _____ RCC _____ Data: _____

Invio elettronico
 Cliccando sul pulsante «Invia», è possibile inviare il modulo direttamente e in modo sicuro all'istituto di radiologia selezionato.