

Registrazione radiologia generale

Appuntamento per l'esame Convocare paziente
 Paziente risponde

Medico curante

GLN RCC
Tel.
Mail

Istituto di radiologia

GLN Mail

Paziente

Cognome
Via
NPA/Luogo
Tel.

Nome
Data nasc. Sesso
N. AVS
Mail

Assicurazione

Caso

Legge
N. assicur.
N. inf/Data inf

Precedenti esami radiografici

Risultati clinici e diagnosi

Quesito Clinico

- Claustrofobia
 - Gravidanza
 - Allergie
 - Iperteroidismo
 - Diabete
 - Metformina
 - Anticoagulazione
 - Corpi estranei metallici
 - Piercing
 - Pacemaker
 - Neurostimolatore
 - Pompa per insulina
 - Pompa del dolore
 - Impianto cocleare
 - Insufficienza renale
- Creatinina $\mu\text{mol/l}$

Esame richiesto

Localizzazione/Organo

Document. immag.:

Rapporto al fax:
 Rapporto al Mail:

Copia referto a

Data: Firma:

superfluo per invio elettronico

**Invio
elettronico**