

Richiesta di consultazione ambulatoriale

Paziente

Cognome
Nome
Via
NPA / località
Data di nascita Sesso
AHV-Nr.
Telefono
Mail

Destinatario

GLN RCC
Mail

Assicurazione

Nome
Via
NPA / località

Caso

Legge / N° ass.
N° / Data caso
Modello HMO no sì

Data dell'esame

Urgente Paziente si annuncia per la visita

Fissare un appuntamento da
 La visita è stata fissata il giorno ::

Motivo della richiesta

Consultazione dal medico specialista / reparto

Diagnosi

Questione

Terapia attuale
Farmaci

Osservazioni

Referto desiderato: per Mail per Tel. per Posta

Medico di riferimento Medico di rif. = Medico di base

Tel.
Mail
GLN RCC

Medico di famiglia Risultati dal medico di base

Tel.
Mail
GLN RCC

Data

Invio elettronico	
--------------------------	--