



RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarci eventuali esami precedenti anticipatamente

Cognome	_____		
Nome	_____	<input type="checkbox"/> donna	<input type="checkbox"/> uomo
Via, Nr.	_____	Rappresentante legale _____	
C.A.P., Località	_____	Numero di telefono _____	
Data di nascita	_____	Indirizzo e-mail _____	

Convocare paziente

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

A carico di Malattia Infortunio

Cassa Malati: _____ Nr. d'Ass./AVS: _____

Assicurazione d'infortunio: _____ Nr. d'infortunio: _____ Data: _____

Esame richiesto

Sonografia Infiltrazione Agoaspirato

Regione anatomica: _____

Quesito Clinico:	PF lasciare libero

Si prega di inviare un'e-mail solo in fronte: segretariato@rimed.ch

Rapporto	Documentazione immagine	Medico curante
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" type="checkbox"/> VueMotion	Data: _____
<input type="checkbox"/> Nr. Fax: _____		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p>Timbro/Firma</p>
<input type="checkbox"/> Posta: _____		
<input type="checkbox"/> Referto immediato / Tel.		
<input type="checkbox"/> PF mandare nuove richieste		
Copia referto a: _____		

Il consenso del paziente all'elaborazione e conservazione dei dati nel rispetto della legge sulla privacy è stato ottenuto. Ciò include anche la divulgazione mirata dei dati a terzi.



Unilabs

RiMED
a Unilabs company

MAPPA

