Demande d'examen radiologique

medForms.ch
© 2019, tous droits réservés

Rendez-vous ☐ Convoquer le patient ☐ Patient se connecte

Médicin traitant

GLN RCC
Tél.
Mail

Institut de Radiologie

GLN Mail

Patient

Nom **Prénom**
Rue Date naiss. Sexe
NP / Lieu N° AVS
Tél. Mail

Assurance

Cas

Loi
N° assuré
N° cas/date

Examens radiologiques précédents

Anamnèse, données cliniques, indications

Question médicale

☐ Claustrophobie
☐ Grossesse
☐ Allergies
☐ Hyperthyroïdie
☐ Diabète
☐ Metformine
☐ Anticoagulation
☐ Corps étrangers en métal
☐ Piercing
☐ Pacemaker
☐ Neurostimulation
☐ Pompe à insuline
☐ Pompe à douleur
☐ Implant cochléaire
☐ Insuffisance rénale

Créatinine µmol/l

Examen désiré — Organe, région

Images sur:
☐ Rapport à fax:
☐ Rapport à eMail:

Copie du rapport à:

Date: Signature:
superflu pour envoi électronique

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!