Referto otorinolaringoiatrico generale

medForms.ch
© 2024, tutti i diritti riservati

Paziente

Cognome
Nome
Via
NPA/località
Data di nasc. Sesso
N. AVS
Telefono
Mail

Destinatario

GLN RCC
Mail

Assicurazione

Indirizzo
GLN

Legge / Caso

Motivo tratt.
Legge
N° ass.
N° /Data infort.

Data dell'esame

☐ Urgente
◯ Paziente si annuncia per la visita
⊗ Fissare un appuntamento da
◯ La visita è stata fissata il giorno ::

Esame richiesto

☐ Problemi di respirazione nasale
☐ Chirurgia estetica del naso
☐ Problemi dei seni paranasali
☐ Ipertrofia delle tonsille/adenoidi
☐ Vertigini/Mal di testa
☐ Allergologia
☐ Chiarimento del russamento
☐ Chiarimento/perdita dell'udito
☐ Acufeni
☐ Altro (specificare)

Indicazione / questione / allergie / farmaci

In caso di problemi di spazio, è possibile utilizzare il campo aggiuntivo nella pagina seguente

Medico di riferimento

☐ Medico di riferimento = medico di base

Mail
GLN RCC
Tel.

Medico di famiglia

☐ Copia dei risultati dal medico di base

Mail
GLN RCC
Tel.

Data

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!

Referto otorinolaringoiatrico generale

medForms.ch
© 2024, tutti i diritti riservati

Osservazioni