

Referto otorinolaringoiatrico generale

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

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

Osservazioni