

## 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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consulenza neurologica             | <input type="checkbox"/> Elettroencefalogramma (EEG)  | <input type="checkbox"/> Potenziali evocati visivi (VEP)     |
| <input type="checkbox"/> Puntura del liquido cerebrospinale | <input type="checkbox"/> Elettroneuromiografia (ENMG) | <input type="checkbox"/> Potenziali evocati sensoriali (SEP) |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare)                | <input type="checkbox"/> Pulsossimetria notturna      | <input type="checkbox"/> Sonografia duplex neurovascolare    |

## Anamnesi / Indicazione / questione

Se avete problemi di spazio, potete utilizzare la seguente pagina

## 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