Referto endocrinologico generale

medForms.ch
© 2025, 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 ::

Consulenza medica

☐ Obesità
☐ Diabete
☐ Ipofisi
☐ Surrene
☐ Tiroide

Esame richiesto

☐ Valutazione della terapia farmaco.
☐ Sospensione della terapia farmaco.
☐ Richiesta di garanzia per la terapia farmaco.
☐ Richiesta di garanzia per CGM/FGM
☐ Richiesta di garanzia per il diabete

☐ Altro (specificare)

Indicazione / questione

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)!

medForms.ch
© 2025, tutti i diritti riservati

Osservazioni