RIMED Unilabs

Sceglie prima un istituto di radiologia!

Seleziona l'istituto di radiologia...

RICHIESTA

Vi preghiamo di inviarci eventuali esami precedenti anticipatamente

Cognome
Nome
Via, Nr.
NPA, Località
Data nascita Sesso

Rappresentante legale
No di telefono
Indirizzo e-mail

☐ Convocare paziente
☐ Il paziente ha l'appuntamento il: Orario:

Legge

Assicurazione
N° ass.
N° / Data inf.

Esame richiesto

Gli esami contrassegnati con una croce non sono disponibili per l'istituto di radiologia selezionato.

☐ MRI
☐ TAC
☐ Artro MRI / TAC
☐ Sonografia
☐ RX Convenzionale
☐ Interventistica / Punzioni
☐ Infiltrazione
☐ Migliore metodica secondo il parere del medico radiologo
☐ Mammografia
☐ DEXA
☐ Agoaspirato

Regione anatomica

Quesito Clinico:

PF lasciare libero

Informazioni cliniche

☐ Allergie:
☐ Anticoagulanti:
☐ Gravidanza
☐ Allattamento

MRI

Claustrofobia ☐ sì ☐ no
Pacemaker ☐ sì ☐ no
Neurostimolatore ☐ sì ☐ no
Impianto acustico ☐ sì ☐ no
Pompa per insulina-morfina/altro ☐ sì ☐ no
Schegge di metallo/Protesi ☐ sì ☐ no

MRI / TAC

GFR: Creatinina:
In Data: In Data:

Interventistica / Punzioni

Quick/INR:
In Data:

Rapporto

☐ HIN-Mail:
☐ Nr. Fax:
☐ Posta
☐ Referto immediato/Tel.
☐ PF mandare nuove richieste

Copia referto a:

Documentazione immag.

☒ VueMotion

Medico curante

Mail
Tel. Fax
GLN RCC

Data:

Invio elettronico

Cliccando sul pulsante **«Invia»**, è possibile inviare il modulo direttamente e in modo sicuro all'istituto di radiologia selezionato.

Il consenso del paziente all'elaborazione e conservazione dei dati nel rispetto della legge sulla privacy è stato ottenuto. Ciò include anche la divulgazione mirata dei dati a terzi.