

Richiesta di esame radiologico

Centro di Radiologia e Senologia Luganese

Via Pretorio 9

6900 Lugano

T.+4191 922 77 00

www.radiologia-senologia.ch

info@radiologia-senologia.ch

F. +4191 922 77 06



Dati paziente

Nome

Cognome

Data di nascita

Genere

☐ M

☐ F

Tel.

Indirizzo e-mail

Assicurazione

☐ LAMAL

N° cassa malati: 807560.....

☐ INFORTUNIO

Numero Infortunio Data Infortunio __/__/____ Assicurazione Infortunio.....

Appuntamento

☐ Da convocare

☐ Già fissato per il

☐ Urgente, entro il

☐ MRI

☐ Pacemaker

☐ Valvole cardiache

☐ Altri impianti

☐ Allergie

☐ Ecografia

☐ Mammografia

☐ RX Conv

☐ Ecodoppler

☐ Infiltrazione

☐ TAC

☐ Creatinina

☐ Ipertireosi

☐ Allergie

Quesito clinico

Dati clinici

Gravidanza

Si ☐

No ☐

Altro da segnalare

Esami precedenti

Allegare esami precedenti e/o indicare Istituto

Consegna CD in loco e referto (via mail) su richiesta del
paziente

Medico inviante

data

timbro e firma