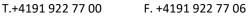
Richiesta di esame radiologico

Centro di Radiologia e Senologia Luganese

Via Pretorio 9 www.radiologia-senologia.ch 6900 Lugano info@radiologia-senologia.ch





Dati paziente				
Nome	Cognome			
	Tel.			
Data di nascita Genere 🗆 M 🗆 F	Indirizzo e-mail			
Assicurazione				
☐ LAMAL N° cassa malati: 807560				
□ INFORTUNIO				
Numero Infortunio Data Infortunio// Assicurazione Infortunio				
Appuntamento	<u>_</u>			
☐ Da convocare ☐ Già fissato per il ☐ Urgente, entro il				
☐ MRI ☐ Pacemaker ☐ Valvo	ole cardiache			
☐ Ecografia	☐ Allergie			
☐ Mammografia				
☐ RX Conv				
☐ Ecodoppler				
☐ Infiltrazione				
☐ TAC ☐ Creatinina ☐ Ipert	ireosi			
Quesito clinico	Dati clinici			
	Gravidanza Si □ No □			
	Altro da segnalare			
Esami precedenti	Consegna CD in loco e referto (via mail) su richiesta del			
Allegare esami precedenti e/o indicare Istituto	paziente			

N	ledico inviante	data	timbro e firma