



# RADIOLOGIA AL PARCO

## RICHIESTA DI ESAME RADIOLOGICO

ID

### DATI PAZIENTE

Appuntamento il

Ora

Da convocare

No. di contatto

Cognome

Nome

Data di nascita

Telefono

Indirizzo

CAP & Città

Gravidanza

Allergia MdC

Insufficienza renale

Valore Crea

### DETTAGLI ASSICURAZIONE

C.M. / ASS / Privato

No. infortunio

No. AVS

Data infortunio

### ESAME RICHIESTO

RX

Eco

TAC

MRI

Senologia

Transito / Clisma

Interventistica

### DIAGNOSI

### MEDICO RICHIEDENTE

Timbro e firma del medico richiedente

Copia a:

### RISERVATO ALL'ISTITUTO

CD Paziente

CD consegnato il

Referto

Inviato / Data

Pos. TarMed

Fatturazione

Responsabile fatt.

**RADIOLOGIA AL PARCO – LUGANO**

Via Massagno 36, CH-6900 Lugano

Tel: +41 91 223 55 55 | Fax: +41 91 922 68 36 | E-mail: info@radiologiaalparco.ch

RADIOLOGIA AL PARCO – LUGANO