

Modulo di registrazione per imaging medicale

Dati Personali	Nome:	Strada:
	Cognome:	CAP, Città:
	Data di nascita:	Cellulare:
	Genere: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> altro	
	Unità di costo: <input type="checkbox"/> Assicurazione <input type="checkbox"/> Incidente <input type="checkbox"/> Autopagatore	
	Assicurazione:	Vers. No.
Informazioni specifiche per la richiesta	Esame / Trattamento desiderato <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Infiltrazione	
	Regione del corpo:	
	Dati clinici, domanda di ricerca:	
	Allergie:	Livelli di creatinina:
	Impiantare: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
Pacemaker cardiaco: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	Gravidanza: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
<input type="checkbox"/> Contattare il paziente per un consulto	<input type="checkbox"/> Paziente ha già un appuntamento:	
Referente	<input type="checkbox"/> Conclusione rapida	
	Risultati: <input type="checkbox"/> Portale <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Posta	
	Immagini: <input type="checkbox"/> Portale <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Nessuno	
	Copia del rapporto medico da inviare a:	
	Dottore:	
	Cognome / Nome:	
Telefono / cellulare:		
Indirizzo email:	Data:	