

Zuweisung zu einer MR-Untersuchung - Richiesta d'esame con RM

Zuweiser - Richiedente

Datum - Data

Der/Die Patient/in - Il/La paziente

geboren am - nato/a il

benötigt folgende MR - Untersuchung - necessita del seguente esame con RM

Anamnestische Daten und derzeitige Beschwerden - Dati anamnestici e disturbi attuali

Ergebnis einer eventuellen der fachärztlichen Voruntersuchung - Risultato di un'eventuale visita specialistica

Präzise klinische Fragestellung - Preciso quesito clinico

Unterschrift und Stempel des/der zuweisenden Arztes/Ärztin - Firma e timbro del medico curante

WICHTIG!

FALLS VORHANDEN, SIND VORHERGEHENDE KLINISCHE UND RADIOLOGISCHE BEFUNDSDOKUMENTATION MITZUBRINGEN.

IMPORTANTE!

IL PAZIENTE DEVE ESSERE INVIATO ALL'ESAME CON L'EVENTUALE DOCUMENTAZIONE CLINICA E RADIOLOGICA PRECEDENTE.