

Zuweisung für eine diagnostische Untersuchung

Richiesta per un esame diagnostico

Vor- und Nachname – *Nome Cognome*

Geburtsdatum / *Data di nascita*

US / ECO	RX	CT / TAC	MRT / RM
ULTRASCHALL ECOGRAFIA	TRAD. RÖNTGENBILD RADIOGRAFIA TRAD.	COMPUTERTOMOGRAFIE TOMOGRFIA ASS. COMPUTERIZZATA	MAGNETRESONANZ RISONANZA MAGNETICA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angeforderte Untersuchung – *Richiesta d'indagine*

Anamnese / klinische Fragestellung
Anamnesi / quesito clinico

Zusatzinformationen / *Informazioni aggiuntive*

Patient mit:	/	Paziente con:	
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	Insufficienza renale	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Pacemaker	
Ohrimplantat	<input type="checkbox"/>	Protesi acustiche	

Datum / *Data*

Unterschrift Arzt / *Firma del medico*