

ANFRAGE EINER MAGNETRESONANZ-UNTERSUCHUNG RICHIESTA ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Vor- und Nachname – Nome Cognome

geboren am – nato il

Angeforderte MR-Untersuchung – Richiesta d'indagine RM

Klinische Fragestellung – Quesito clinico

Verdacht oder diagnostizierte **Niereninsuffizienz** :
Esistenza o sospetto di un'insufficienza renale:

JA
SI

NEIN
NO

Unterschrift des zuweisenden Arztes
Firma del medico curante

NB: Diese Anfrage gilt nicht für die Rückvergütung im Rahmen der indirekten fachärztlichen Betreuung des Sanitätsbetriebes!
NB: Questa richiesta non è valida per rimborsi nell'ambito dell'assistenza specialistica indiretta da parte dell'azienda sanitaria!