

Medici Responsabili
Dr. med. S. Franscella
Dr.ssa med. N. Marcoli

Segreteria
Tel: 091/811.76.30
Fax: 091/811.76.31

Modulo di richiesta per densitometria ossea (MOC)

DATI PAZIENTE

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
CAP / Località _____
Telefono _____
Cellulare _____
Cassa malati _____

etichetta paziente EOC

Gravidanza esclusa: NO SI

PESO _____ Kg

ALTEZZA _____ cm

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO _____

PRIMO ESAME

FOLLOW-UP (ULTIMA DENSITOMETRIA ESEGUITA IL _____)

MOTIVO DELLA RICHIESTA _____

OSSERVAZIONI _____

APPUNTAMENTO IN AMBULATORIO DR. FRANSCCELLA CONFERMATO E ORGANIZZATO DA _____

NUMERO CARTELLA _____

Il Medico richiedente (timbro, firma, recapito telefonico)

Validazione del Medico resp. (data, ev. indicazioni, firma)

nota: richieste incomplete verranno re-inviolate al richiedente