Richiesta servizio di gastroenterologia

DATA DELLA RICHIESTA: ……..

DATI DEL PAZIENTE:

Nome: ……

Cognome: ……

Data di nascita: ……

Indirizzo: ……

……

Nr. Telefono: ……....

ESAME RICHIESTO:

- ☐ Esofago-gastro-duodenoscopia
- ☐ Ileocoloscopia
- ☐ Rettosigmoidoscopia
- ☐ ERCP
- ☐ Posa di PEG
- ☐ Endosonografia

INDICAZIONI: ……
……
……
……

COMORBIDITÀ: ……
……
……
……

TERAPIA: ……
……
……
……

APPUNTAMENTO
- ☐ Previsto per il ……
- ☐ Paziente da convocare ……

☐ OCL ☐ OIL ☐ INDIFFERENTE

☐ DR MED. M. MAFFEI ☐ DR.SSA MED. V. KESSLER ☐ INDIFFERENTE

MEDICO RICHIEDENTE: ……

Da faxare al nr 091 811 61 68