Richiesta di esame endoscopico

Servizio di Gastroenterologia ed
Endoscopia Digestiva

Invia mail

Da inviare via FAX al numero 091 811 44 59.

Richiesta di esame endoscopico: ❒ Esofagogastroduodenoscopia

❒ Colonscopia

Data della richiesta: …….

Cognome: …… Nome: …….. ……

Data di nascita: ……... Tel.: ……

Indirizzo: ……

Peso: ……

Altezza: ……

BMI: ……..

Anamnesi e motivo della richiesta: ……

……...

……...

……...

Terapia attuale: ……

……...

……...

Eventuali allergie: ……...

……...

……...

Si prega comunicare eventuali positività virali.

Medico richiedente: ……