

Zuweisung zu einer MR-Untersuchung - Richiesta d'esame con RM

Anfragende Abteilung, Arzt/Ärztin - Reparto o medico richiedente

Nach- und Vorname - Cognome e nome

Datum - Data

geboren am - nato/a il

Benötigt folgende Magnetresonanztuntersuchung - Necessita del seguente esame di Risonanza Magnetica

Anamnestische Daten und derzeitige Beschwerden - Dati anamnestici e disturbi attuali

Ergebnis der fachärztlichen Voruntersuchung - Risultato visita specialistica

Präzise klinische Fragestellung - Preciso quesito clinico

Besteht Niereninsuffizienz (GFR<59 ml/min)?

JA NEIN

Es werden ausgeschlossen:

- Metallsplitter, Herzschrittmacher, metallhaltige Herzklappen, Cochlea-Implantate;

Sussiste insufficienza renale (GFR<59 ml/min)?

SI NO

Si escludono:

- schegge metalliche, pace maker, valvole cardiache metalliche, impianto cocleare;

Unterschrift des zuweisenden Arztes/der zuweisenden Ärztin (leserlich)
Firma del medico richiedente (leggibile)

WICHTIG!

Falls vorhanden, sind vorhergehende klinische und radiologische Befunddokumentationen mitzubringen.

IMPORTANTE!

Il/la paziente deve essere inviato all'esame con l'eventuale documentazione clinica e radiologica precedente.

Freigabe durch/rilasciato da:
Sanitätskoordinator/coordinatore sanitario

Rev. Nr. 01

Freigabedatum/data di rilascio:
16.01.2014

Geplante Revision/revisione programmata::
16.01.2017

ID: 103/14

Seite 1 von 1

Radiologie Meran

Primar: Dr. Anton Wieser
Rossinistraße 5 | 39012 Meran
Tel. 0473 263 070 | Fax 0473 264 684
<http://www.sabes.it> | rx-me@asbmeran-o.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Radiologia Merano

Primario: Dr. Anton Wieser
via Rossini, 5 | 39012 Merano
tel. 0473 263 070 | fax 0473 264 684
<http://www.asdaa.it> | rx-me@asbmeran-o.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211