

Zuweisung des Patienten – Presentazione del paziente

DATUM/DATA _____ / _____ / _____

ZUNAME/COGNOME _____ verh./in _____

VORNAME/NOME _____

GEBURTSDATUM/DATA DI NASCITA _____ / _____ / _____

TICKETBEFREIUNG/ESENZIONE TICKET (*) _____

(*) Sollte der Patient noch keine Ticketbefreiung haben (für Pathologie oder Invalidität), bitte das notwendige Formular ausfüllen.

Qualora il paziente non fosse in possesso di un'esenzione ticket totale o per la patologia in oggetto, si prega di provvedere al suo rilascio.

ADRESSE/INDIRIZZO _____

TELEFONNUMMER/NUMERO TELEFONICO _____

DIAGNOSE/DIAGNOSI:

THERAPIEWUNSCH/RICHIESTA TERAPEUTICA:

VEREINBARTE oder GEPLANTE UNTERSUCHUNGSTERMINE/APPUNTAMENTI CONCORDATI o PROGRAMMATI:

DER PATIENT/IL PAZIENTE:

- ist informiert, dass die Vorstellung im Dienst für Strahlentherapie geplant ist;
è informato sulla sua presentazione al nostro Servizio per un'eventuale trattamento radiante;
- ist informiert, dass eine Behandlung in unserem Dienst für Strahlentherapie aus Kapazitätsgründen oder technischen Gründen nicht möglich sein könnte;
è informato che il trattamento radiante potrebbe non essere possibile presso il nostro Servizio di Radioterapia per motivi di capacità operativa o per motivi tecnici;
- ist mit der Weitergabe der klinischen Dokumentation und mit der Bearbeitung der Stammdaten einverstanden;
accetta l'inoltro della documentazione clinica ed il trattamento dati personali.

DER ZUWEISER/IL MEDICO INVIANTE

CASE MANAGER

Name/Nome _____

Abteilung/Reparto _____

Eine Terminvereinbarung ist nur mit ausgefülltem Formblatt und vollständigen Unterlagen möglich

L'appuntamento verrà assegnato solamente con il presente modulo compilato e l'intera documentazione richiesta.

Freigabe durch - Rilasciato da:
Sanitätsdirektor – Direttore sanitario
Rev Nr. 01

Freigabedatum - Data di rilascio 10/11/2016

ID: 1703/13

Geplante Revision – Revisione programmata 10/11/2019

Seite/pagina 1 von/di 1