

FORMULARIO DI CONTATTO PER MEDICI

Dati del medico

Nome: Cognome:

Indirizzo:

Telefono: Fax:

E-mail:

Desidera una corrispondenza per: Email Fax Posta

Dati del paziente

Nome: Cognome: Data di nascita:

Indirizzo:

Cassa malati: Numero di telefono / cellulare:

Urgenza dell'esame

Emergenza (si prega di contattarci telefonicamente) Elettivo Appuntamento già previsto

Indicazioni cliniche, medicinali, domanda:

.....
.....
.....
.....
.....

Varicosi, Malattia venosa cronica

Arteriopatia obliterante periferica

Trombosi venosa profonda

Carotidi / TIA / ictus ischemico

Linfedema/lipedema

Arterie renali (ITA, insufficienza renale)

Ulcera venosa / arteriosa

Arteriopatia dilatativa

Fenomeno di Raynaud (capillaroscopia)

Vasculite

Controllo fistola

Altro Cosa?

Arto superiore inferiore destro sinistro bilaterale