Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
Société Suisse d'Ophtalmologie
Società Svizzera di Oftalmologia
Swiss Society of Ophthalmology

ISCRIZIONE CONTROLLO DEGLI OCCHI PER PAZIENTI CON IL DIABETE

DATI PERSONALI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Via/n.

NPA/luogo

N. AVS

Data di nasc. Sesso

Telefono Telefono

E-mail

OFTALMOLOGO

Datore di lavoro

GLN RCC

E-mail

Cassa malattia

N. membro

☐ Modello medico di famiglia

DATI MEDICO GENERALISTA / MEDICO DI FAMIGLIA / DIABETOLOGO

☐ Primo trasferimento ☐ Informazioni sul decorso

Motivo dell'invio

Diabete tipo Data della prima diagnosi

Trattamento ☐ Antidiabetici orali ☐ Insulina, da ☐ Altro

Referto ☐ HbA1c ☐ Pressione sanguigna

Calo della vista ◯ No ◯ Soggettivo ◯ Oggettivo

Diagnosi secondarie ☐ Ipertensione ☐ Dislipidemia ☐ Coronaropatia/arteriopatia periferica/accidente cerebrale vascolare
☐ Danni endorganici esistenti
☐ Altro

Osservazioni/Modifiche dall'ultima visita

☐ La preghiamo di invitare la/il paziente Firma del medico a una visita oculistica di controllo.

MEDICO RICHIEDENTE

Tel. Fax

GLN RCC

E-mail

Firma (non necessaria in caso di invio elettronico)

Data

TRASMISSIONE ELETTRONICA

«Invio diretto» è disattivato perché l'oftalmologo non può essere indirizzato in modo sicuro (NoHINRoutable)!

Produzione con il gentile sostegno di Bayer (Schweiz) AG