

Dr. VERONESI Vanni

Sito web www.vanniveronesi.com

Canale YouTube <https://www.youtube.com/@veronesisectionfilumterminale>

SECOND OPINION

MODULO 2: RICHIESTA

RICHIESTA DI SECOND OPINION

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Sesso Maschile Femminile

Indirizzo di residenza _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____

E-mail _____ @ _____

DATI DEL RICHIEDENTE *(da compilare solo se persona diversa dal Paziente)*

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Sesso Maschile. Femminile

Cittadinanza _____

Indirizzo di Residenza _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____ @ _____

Relazione con il Paziente *(barrare una delle opzioni di seguito elencate)*

Genitore di minore con potestà (munito di stato di famiglia)

Soggetto esercente tutela, curatela o amministrazione di sostegno (munito di documentazione comprovante)

Dr. VERONESI Vanni

Sito web www.vanniveronesi.com

Canale YouTube <https://www.youtube.com/@veronesisectionfilumterminale>

SECOND OPINION

MODULO 2: RICHIESTA

Si richiede di indicare in quale formato si preferisce ricevere il referto della Second Opinion:

- e-mail Fax

Si richiede di indicare la lingua in cui si desidera ricevere il referto della Second Opinion
(Si prega di selezionare una sola lingua):

- Italiano Inglese

DIAGNOSI e QUESITO/I CLINICO/I

Qual è l'attuale diagnosi? Si richiede gentilmente di essere sintetici, chiari e concisi

**Si specifica che la tipologia di consulenza richiesta è relativa ad un consulto neurochirurgico
Eventuali domande da porre al neurochirurgo Dr. Veronesi Vanni**

**DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA I documenti e i materiali inviati saranno archiviati dal
Dr. Veronesi Vanni. Tutta la documentazione clinica deve essere in italiano o in inglese.**

-Referti di esami diagnostici (TC, Risonanza Magnetica, RX)

-Referti di visite specialistiche

-Lettere di dimissione di eventuali ricoveri ospedalieri

- Una relazione di accompagnamento dal vostro medico referente che deve contenere le seguenti informazioni: diagnosi pregresse, anamnesi, allergie, terapie in corso, farmaci a domicilio, problemi attivi e il quesito clinico per la Second Opinion.

Data _____

Firma del Paziente o del Rappresentante Legale _____