

## RICHIESTA ORTHOPAEDIC&TRAUMATOLOGY SECOND OPINION

### DATI DEL PAZIENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### DATI DEL RICHIEDENTE (da compilare solo se persona diversa dal paziente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

- genitore di minore con potestà
- soggetto esercente tutela, curatela o amministrazione di sostegno

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

e-Mail al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Fax al seguente numero \_\_\_\_\_

Corriere (in questo caso è richiesto il pagamento aggiuntivo di € 18,00) **specificare l'indirizzo di spedizione**

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

Italiano       Inglese #       Albanese#

(# in questo caso è richiesto il pagamento aggiuntivo di € 50,00)

## DIAGNOSI e QUESITO CLINICO

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

---

---

---

**Le è già stato proposto un trattamento?**

---

---

**E' già in corso un trattamento, ha già subito un intervento chirurgico e con quali risultati?**

---

---

Patologie di cui soffre:

Malattie cardiovascolari:  Ictus  Angina  Arresto cardiaco  Aritmia  Vene Varicose

Trombosi  Ipertensione arteriosa  Portatore di pacemaker o altro dispositivo elettronico

Altre malattie \_\_\_\_\_

Precedenti interventi chirurgici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stile di vita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Fumatore \_\_\_\_\_

Peso abituale: Kg \_\_\_\_ Altezza: cm \_\_\_\_ Attività sportiva praticata \_\_\_\_\_

Nel camminare fa uso:  di bastoni  girello  nulla

**Tipologia di consulenza richiesta:**

consulto diagnostico  consulto terapeutico  consulto chirurgico  consulto fisioterapico

**Eventuali domande specifiche da porre:**

---

---

**Si precisa che il costo della Second Opinion è di € 170,00 si riferisce al singolo consulto richiesto.**

## DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA

(i materiali inviati saranno archiviati secondo le modalità GDPR)

- Referti di esami diagnostici ematochimici, radiografici, TAC o risonanza magnetica (RMN): allegare anche dischetti facendo uso di **wetransfer.com**.
- Referti operatori di eventuali interventi chirurgici subiti.
- Una o più fotografie (davanti, di lato, di dietro) relative al distretto corporeo di cui si richiede la Second Opinion.
- Documento di Identità del Paziente o del Richiedente.

**Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver scaricato, letto ed approvato i seguenti documenti:**

- Autorizzazione per la comunicazione e trasmissione della O&T Second Opinion
- Liberatoria del paziente
- Trattamento dati personali

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Rappresentante Legale \_\_\_\_\_