



**SCHEDA DI RICHIESTA PER LA COPIA DEL REFERTO E/O
IMMAGINI (RIPORTATE SU LASTRE, CD O ALTRO)
DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Viale R.Margherita n.15/b Messina tel.090/3690

e-mail: info@villasalus.eu – www.casadicuravillasalus.it

Il/la sottoscritto/a.....

Richiede copia:

del referto della relativa iconografia su lastra della relativa iconografia su CD
dell'accertamento diagnostico eseguito presso la Vostra Casa di cura come:

paziente esterno in data.....

nel corso del ricovero del.....

Indicare la specialistica dell'accertamento:

RX	<input type="checkbox"/>	Servizio di Medicina Nucleare - Scintigrafia	<input type="checkbox"/>
Mammografia	<input type="checkbox"/>	Servizio di Medicina Nucleare - PET	<input type="checkbox"/>
TC	<input type="checkbox"/>	Laboratorio cito-istopatologia	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>	Servizio Endoscopia	<input type="checkbox"/>
Ecografia	<input type="checkbox"/>	Servizio Cardiologia	<input type="checkbox"/>
Servizio Laboratorio Analisi	<input type="checkbox"/>		

Firma

Data.....

Se il paziente non potrà ritirare personalmente il documento dovrà delegare una persona di sua fiducia e compilare la relativa delega riportata di seguito.

Si ricorda, che il soggetto delegato dovrà esibire la fotocopia del documento del paziente e un proprio documento di identità in corso di validità, necessario per le verifiche documentate dell'identità predisposte dalla struttura a tutela del paziente

DELEGA AL RITIRO

Delego al ritiro della documentazione richiesta il Sig.....

Nato a.....il.....

Firma.....

REGISTRAZIONE DEL RITIRO

Il/la sottoscritto/a.....

Paziente Delegato a ritirare la cartella del su indicato paziente, doc.

identità.....

Dichiara di averne ricevuto copia in data.....Firma.....

Firma dell'operatore che consegna il documento.....