

<i>Casi di Cura</i> <i>Nuova Ior</i>	MODULISTICA – DIR. AMM. MOD_DA_06	Rev. 03	Data Gennaio 2019	Pag. 1
	Titolo: RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA			

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- COPIA CARTELLA CLINICA
- COPIA IMMAGINI RADIOLOGICHE SU CD
- ESAMI RADIOLOGICI IN VISIONE
- VETRINI ISTOLOGICI
- INCLUSIONI ISTOLOGICHE (BLOCCHETTO)
- VETRINI CITOLOGICI

COGNOME.....NOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

DATA RICOVERO.....REPARTO DI DEGENZA.....

RECAPITO TELEFONICO.....

data..... firma.....

- **CONSEGNA INCOMPLETA/ DIAGNOSI PROVVISORIA DOPO SETTE GIORNI**
- **CONSEGNA COMPLETA DIAGNOSI DEFINITIVA DOPO TRENTA GIORNI**

Io sottoscritto.....chiedo che la documentazione sanitaria venga

spedita al seguente indirizzo.....

.....

applicando i costi di spedizione/segreteria

firma.....