



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
DIAGNOSTICA STRUMENTALE VIA FAX

All'Ufficio Archivio Clinico
dell'Ospedale "Cristo Re"
fax: 06/61245360

COGNOME _____ NOME _____

nato il _____ avendo eseguito l'esame di _____

il _____ in regime di

Pronto Soccorso Esterno Ricovero /Day Hospital (come da richiesta medica allegata)

con la presente si chiede copia della sottoelencata documentazione sanitaria:

- DVD RISONANZA MAGNETICA - TAC
- DVD RX
- IMMAGINI RADIOGRAFICHE N°
- REFERTO

DATA DI RICHIESTA

FIRMA DEL TITOLARE O PERSONA DELEGATA

N.B.

Si fa presente che la richiesta di immagini con richiesta medica ed in regime di Pronto Soccorso e di Ricovero, può essere effettuata previo richiesta di cartella clinica.

Il ritiro della documentazione sanitaria deve essere effettuato dalla persona che ne fa richiesta presentando allo sportello documento di riconoscimento con ricevuta di pagamento. Il ritiro può essere effettuato anche da persona delegata presentando allo sportello delega scritta (autorizzata al pagamento e al ritiro), copia del documento del delegante ed esibendo il documento della persona delegata. Senza queste condizioni il referto non viene rilasciato. **Per informazioni si prega di contattare lo 06/61245239.**