



Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva
SC Radiologia

MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIE DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Io sottoscritto/a

Cognome*Nome*

Nato/a a*.....il*.....

Recapito tel. cell*.....

ricoverato/a presso il reparto di dal*al*.....

SE PRONTO SOCCORSO INDICARE NUMERO DI VERBALE *.....

(* CAMPI OBBLIGATORI)

oppure avendo eseguito un esame come prestazione ambulatoriale, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, chiedo copia degli esami radiografici sottoindicati (SPECIFICARE CORRETTAMENTE):

- | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | RX | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | ECOGRAFIA/DOPPLER | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | TC | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | RMN | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | MOC | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | SCINTIGRAFIA/PET-CT | Eseguito il giorno |
| <input type="checkbox"/> | MAMMOGRAFIA | Eseguito il giorno |

- Chiedo che la spedizione venga effettuata in contrassegno all'indirizzo sopra indicato (alla tariffa postale vigente).

Letto, confermato e sottoscritto, dichiarando altresì di essere informato/a di quanto previsto dalla normativa sulla c.d. "privacy", di cui al D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta.

Milano, ___/___/_____

---PARTE DA CONSEGNARE---

Firma leggibile
del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno





Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva
SC Radiologia

IL PRESENTE MODULO, COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, VA CONSEGNATO PRESSO LA SEGRETERIA DELLA RADIOLOGIA (*PAD. SACCO – PIANO TERRA - VIA FRANCESCO SFORZA, 35*) *DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE 13.00 ALLE 15.00*, PRESSO LA CASSA DEL PRONTO SOCCORSO (*DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE 9 ALLE 18 SOLO PER COPIE DI ESAMI ESEGUITI IN PS*) O INVATO VIA MAIL, UNITAMENTE ALLA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA', AL L'INDIRIZZO richiestacopie.radiologia@policlinico.mi.it.

RICEVERETE UNA CHIAMATA DA PARTE DELLA SEGRETERIA NEL MOMENTO IN CUI LE COPIE SARANNO PRONTE E POTRETE RITIRARLE. LE COPIE SI RITIRANO SEMPRE PRESSO LA SEGRETERIA DELLA RADIOLOGIA (*PAD. SACCO – PIANO TERRA – VIA F. SFORZA, 35*) *DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE 13.00 ALLE 15.00*.

PER LE COPIE DI ESAMI ESEGUITI IN PS NON VERRA' EFFETTUATA CHIAMATA MA SARANNO DISPONIBILI NELLA STESSA SEDE SOPRA INDICATA A PARTIRE DA 5 GIORNI LAVORATIVI DOPO LA CONSEGNA DELLA PRESENTE.

LA COPIA RICHIESTA (***TRANNE QUELLE RELATIVE AD ESAMI ESEGUITI IN REGIME DI PRONTO SOCCORSO***) COMPORTA IL PAGAMENTO DI 20 EURO, DA CORRISPONDERE OBBLIGATORIAMENTE PRIMA DEL RITIRO DELLA COPIA STESSA. TALE SOMMA DOVRA' ESSERE PAGATA, PRESSO LE CASSE DEL PADIGLIONE PONTI O AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DEL PRESENTE MODULO O AL MOMENTO DEL RITIRO DELLA COPIA (SE IL MODULO E' STATO INVIATO VIA MAIL).

SE VIENE RICHIESTO L'INVIO DELLE COPIE PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO, LA SOMMA DI 20 EURO SARA' MAGGIORATA DELLE SPESE DI SPEDIZIONE (DA CORRISPONDERE IN CONTRASSEGNO).





Dipartimento dei Servizi e della Medicina Preventiva
SC Radiologia

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIE DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Io sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... Prov..... il.....

delego il/la signore/a

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... Prov..... il.....

documento d'identità n.

rilasciato da

al ritiro della documentazione radiologica da me richiesta.

Milano, li ___/___/_____

FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGANTE

**A questa dichiarazione deve essere allegata copia della carta
di identità del delegante**

