



Casa di Cura  
Villa Pini d'Abruzzo

CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO

**RITIRO DI  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**M-AZ-45**

Rev. n. 0

Ultima Rev.: 27/04/2021

Il/La sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ Tel  
\_\_\_\_\_ Carta di identità \_\_\_\_\_, rilasciata  
dal \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**RITIRA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:**

- Referto di analisi di Laboratorio cartella  
n. \_\_\_\_\_ data esame \_\_\_\_\_
- Referto di esami Diagnostica per Immagini \_\_\_\_\_ data esame \_\_\_\_\_  
**N.B. La documentazione iconografica degli esami radiologici ambulatoriali è consegnata in originale al Paziente insieme al referto e pertanto non viene archiviata (ad esclusione di Mammografie, Rx, TAC e RM conservate nel sistema PACS)**
- Servizio di Endoscopia Digestiva:
  - Referto
  - Foto in originale
  - N. \_\_\_\_\_ provette biopsia / modulo per provette biopsia
  - Esame istologico eseguito in service
  - Esami precedenti
- Altro \_\_\_\_\_

**ESAMI LASCIATI IN VISIONE PRESSO  
IL SERVIZIO DI RADIOLOGIA ED AMBULATORI MEDICI**

In data \_\_\_\_\_ vengono consegnati i seguenti esami personali per visione del Medico:

	ESAME PRECEDENTE	DATA	N. PELLICOLE	N. CD	N. REFERTI
1					
2					
3					
4					
5					

Firma del personale per ricevuta \_\_\_\_\_

Firma del paziente per consegna \_\_\_\_\_

**RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA ED EVENTUALI ESAMI LASCIATI IN VISIONE**

Estremi documento (carta di identità) di chi effettua il ritiro:

interessato n. \_\_\_\_\_ rilasciata al \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

del delegato per il ritiro (allegare la delega e la carta di identità del delegante)

n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Si informa che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale vengono resi.*

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO REFERTI**

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati ed i documenti esibiti.

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_