Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-AZ-45
	RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA	Rev. n. 3
		Ultima Rev.: 10/10/2023

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____

nato/a _____ (__) il_____/_____/_____ residente a

_____ (__) in Via _____ Tel

_____ Carta di identità N. _____

rilasciata da _____ in data _____

RITIRA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- □ Referto di Laboratorio cartella n. _____data esame _____
- □ Referto di 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 interno 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 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, ENDOSCOPIA, AMBULATORI

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: Carta identità n._____ rilasciata da _____ in data _____
- □ Delegato: Carta identità n._____ rilasciata da _____ in data _____ (allegare M-AZ-56 DELEGA PER IL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA e copia carta di identità del delegante)

Data _____ Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO REFERTI

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

Cognome e nome _____ Firma _____