

Modulo richiesta duplicati degli accertamenti per diagnostica e Immagini su CD **per pazienti già ricoverati**

Al Direttore Medico - PO S. Marco
AOU Policlinico – S. Marco – Catania

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____,
il /___/___/___/ n. tel. _____ indirizzo: (Via) _____,
Città _____ essendo stato ricoverato/a presso l'UO di _____,
dal _____ al _____

CHIEDE

insieme alla copia della cartella clinica i duplicati degli accertamenti di diagnostica per immagini, su supporto CD/DVD, relativi al proprio ricovero.

esame _____ eseguito il ___/___/___/ reparto _____

esame _____ eseguito il ___/___/___/ reparto _____

Catania ___/___/___/

Firma del richiedente

n. ___ CD / DVD (€ 20.00 cad.) totale € _____

Firma addetto Ufficio Cartelle Cliniche

PROMEMORIA PER L'UTENTE

N.B.: gli esami duplicati saranno consegnati all'utente mediante esibizione del documento d'identità o agli eventi diritto provvisti di regolare delega.

Al Direttore UO Radiologia – PO S. Marco

- Si autorizza il rilascio dei duplicati degli accertamenti di diagnostica per immagini richiesti
- NON si autorizza il rilascio dei duplicati degli accertamenti di diagnostica per immagini richiesti

Il Direttore Medico di Presidio
Dr.ssa Anna Rita Mattaliano