

RICHIESTA COPIA ESAMI CORONAROGRAFIA – ECOCARDIO TRANSESOFAGEO

Il sottoscritto/a _____

chiede copia dell'esame _____

eseguito in data _____ paziente Sig/Sig.ra _____

nato/a a: _____ il _____

recapito telefonico: Abitazione _____ Cell. _____

ricoverato presso
U.O. _____

dal _____ al _____

Costo:

Copia esame CORONAROGRAFIA € 13,00 COPCOR

Copia esame ECOCARDIO TRANSESOFAGEO € 20,00 COPCOR

Richiesta di spedizione a domicilio € 9,00

Data _____

Firma del
Richiedente _____

Firma
dell'Operatore _____

AVVISO:

Le copie degli esami saranno consegnati **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** all'interessato. Si potrà consegnare ad altra persona solo dietro presentazione di **delega scritta e documento d'identità dell'interessato e del delegato**. Nel caso in cui l'interessato sia minore o sia deceduto, la persona che intende ritirare la copia dovrà compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione.

Rif. Amministrativo: N. Ricevuta _____ € _____

Data _____ Firma dell'Operatore _____

UFFICIO ARCHIVIO

RICHIESTA DI COPIA ESAME AL SERVIZIO EMODINAMICA

AVVISO PER IL RICHIEDENTE

La copia dell'esame verrà consegnata **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** all'interessato.

Si potrà consegnare ad altra persona solo se la stessa presenterà un documento di riconoscimento personale, **DELEGA SCRITTA** e **DOCUMENTO di IDENTITÀ** appartenente all'intestatario dell'esame coronarografico.

In caso di paziente deceduto, solo gli aventi diritto (legittimi eredi) muniti di documento d'identità valido, previa autocertificazione attestante il grado di parentela compilata alla presenza del funzionario delegato.

Prima di presentarsi per il ritiro chiamare il n. 02/2643.7002 o 2643.2405

DELEGA SCRITTA

Il sottoscritto Sig. _____

RICOVERATO DAL _____ AL _____

DELEGO il Sig. _____

documento n. _____

AL RITIRO della copia su CD dell'esame coronarografico

FIRMA DEL TITOLARE DELL'ESAME
