

Etichetta identificativa del paziente  
(se presente)



**Istituto Clinico  
San Siro**

Gruppo San Donato

## **RICHIESTA COPIE IMMAGINI RADIOLOGICHE**

Il sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Ricoverato c/o il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

In qualità di:

Intestatario della documentazione clinica richiesta

Legale rappresentante o erede di \_\_\_\_\_  
(allegare eventuale documentazione aggiuntiva (es. deleghe, procure, ecc..))

### **CHIEDE**

I duplicati dei radiogrammi relativi alle indagini diagnostiche sotto indicate.

(I PREZZI INDICATI SI RIFERISCONO ALLA SINGOLA PELLICOLA)

Radiografia Pellicola € 10,00 cad. ( + iva 22% )

Radiografia CD\* € 5,00 cad. (+ iva 22% )

(Indicare la sede: \_\_\_\_\_ )

RMN (articolare) Pellicola € 15,00 cad. (+ iva 22% )

RMN (articolare) CD\* € 5,00 cad. (+ iva 22% )

RMN (no articolare) Pellicola € 15,00 cad. (+ iva 22% )

RMN (no articolare) CD\* € 5,00 cad. (+ iva 22% )

\* La informiamo che, nel caso di RMN eseguite c/o altri Istituti, sarà possibile richiedere, in alternativa ai radiogrammi su pellicola, una copia del CD.

L'emissione della fattura verrà effettuata al ritiro dell'esame.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_