

RICHIESTA STAMPA CD DI ACCERTAMENTI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ESEGUITI IN PRERICOVERO

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita: _____
Data prericovero: _____

Milano, ____/____/____

Si richiede all'ufficio refertazione la stampa del CD degli accertamenti di diagnostica per immagini eseguiti in prericovero dal paziente in oggetto.

Poiché il paziente ha rinunciato al ricovero, il rilascio della copia è soggetto al pagamento degli oneri previsti.

Firma del Richiedente
