

Richiesta di Documentazione Clinica effettuata dall'Intestatario

**Allegati:**

- Documento di Identità del Richiedente

Spett.le  
Istituto Europeo di Oncologia  
Via Giuseppe Ripamonti 435  
20141 Milano  
Att.ne Servizio Accettazione – Back Office

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

(Cognome e Nome)

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale

con la presente richiedo all'Istituto Europeo di Oncologia il duplicato della seguente documentazione a me riferita:

- **Cartella Clinica relativa al ricovero**  *Copia Semplice*  *Copia Autenticata* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(comprensiva di tutti i referti inerenti al ricovero stesso)*

- **Immagini Diagnostiche**

- Mammografia  *Pellicola*  *CD* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Ecografia  *Pellicola*  *CD* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- TC  *Pellicola*  *CD* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- RM  *Pellicola*  *CD* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- RX  *Pellicola*  *CD* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- PET  *Carta Colori* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Scintigrafia  *Pellicola* del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- **Referti**

- Esame Istologico, Esame Citologico del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Esami di Laboratorio, HPV Test del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Visita Specialistica del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Intervento Chirurgico in Regime Ambulatoriale del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Trattamento Chemioterapico in Regime Ambulatoriale dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Trattamento Radioterapico in Regime Ambulatoriale dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- **Altro** \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

richiedo la spedizione della Documentazione Clinica al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

(Indirizzo di Residenza – Via e Numero)

\_\_\_\_\_

(Città)

(Provincia)

(CAP)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_