

Richiesta di Documentazione Clinica effettuata da Terzi

Allegati:

- Documento di Identità dell'Intestatario della Documentazione Clinica
- Documento di Identità del Legale Rappresentante/Erede
- Atto Notorio/Potestà/Stato di Famiglia

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

in qualità di Legale Rappresentante Erede

di _____ nato/a il ____/____/____
(Cognome e Nome persona a cui si Riferisce la Documentazione Richiesta)

con la presente richiedo all'Istituto Europeo di Oncologia il duplicato della seguente documentazione clinica ad esso/a riferita:

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

- Immagini Diagnostiche

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammografia | <input type="checkbox"/> Pellicola | <input type="checkbox"/> CD | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Ecografia | <input type="checkbox"/> Pellicola | <input type="checkbox"/> CD | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> Pellicola | <input type="checkbox"/> CD | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> RM | <input type="checkbox"/> Pellicola | <input type="checkbox"/> CD | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> Pellicola | <input type="checkbox"/> CD | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> PET | <input type="checkbox"/> Carta Colori | | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Scintigrafia | <input type="checkbox"/> Pellicola | | del ____/____/____ |

- Referti

- | | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Esame Istologico, Esame Citologico | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Esami di Laboratorio, HPV Test | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Visita Specialistica | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Intervento Chirurgico in Regime Ambulatoriale | del ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Trattamento Chemioterapico in Regime Ambulatoriale dal ____/____/____ al ____/____/____ | |
| <input type="checkbox"/> 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 _____