

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 _____ **O**

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

- Cartella Clinica relativa al ricovero (*comprensiva di tutti i referti i* del ____ / ____ / ____
inerenti al ricovero stesso)
- Intervento Chirurgico in Regime Ambulatoriale del ____ / ____ / ____
- Trattamento Chemioterapico in Regime Ambulatoriale dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
- Trattamento Radioterapico in Regime Ambulatoriale dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Formato: Elettronico firmato digitalmente Cartaceo Semplice Cartaceo Autenticata

Immagini Diagnostiche su CD ROM

- Mammografia del ____ / ____ / ____
- Ecografia del ____ / ____ / ____
- TC del ____ / ____ / ____
- RM del ____ / ____ / ____
- RX del ____ / ____ / ____
- PET del ____ / ____ / ____
- Scintigrafia del ____ / ____ / ____

Referti Cartacei

- Esame Istologico, Esame Citologico del ____ / ____ / ____
- Esami di Laboratorio, HPV Test del ____ / ____ / ____
- Visita Specialistica del ____ / ____ / ____

Altro _____ del ____ / ____ / ____

richiedo la spedizione della Documentazione Clinica (cartacea o CD ROM) al seguente indirizzo:

(Indirizzo di Residenza – Via e Numero)

(Città) (Provincia) (CAP)

richiedo credenziali per scaricare la copia della cartella clinica in formato elettronico all'indirizzo di posta elettronica e al numero di cellulare forniti in fase accettazione in IEO.

Data ____ / ____ / ____ Firma _____