

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"/> CD	del ____/____/____
<input type="checkbox"/> Scintigrafia		<input type="checkbox"/> CD	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 _____

ACC.MO.3378.B