

MOD00003007/02

Servizio di Diagnostica per immagini

Richiedente: _____

Per il Paziente Nome _____ Cognome _____

Data di nascita ____/____/____

Data esame ____/____/____

N° esame se conosciuto _____

Tipo di esame _____

Motivazione richiesta: _____

TIPO DI DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- CD ROM
- RADIOGRAFIE

Data: ____/____/____

ora: _____

Firma del richiedente: _____

N° telefono (se il richiedente è esterno)

Richiesta ricevuta da:

Copia eseguita da:

Consegnato il giorno: ____/____/____ alle ore _____

Riceve la documentazione:

(firma del ricevente)