



CASA DI CURA  
S. CAMILLO

**RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA - RADIOGRAMMI  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**R/026-01  
REV. 0  
Pag. 1/1**

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE DEL SIG/RA _____ DATA DI NASCITA _____	
RESIDENTE A _____ PROV. _____ VIA _____ N° _____ TEL. _____	
DATA RICHIESTA	RICHIESTA N°
RICHIEDENTE (FIRMA): <input type="checkbox"/> MEDICO _____ <input type="checkbox"/> PAZIENTE _____ (V. R/026-02) <input type="checkbox"/> DELEGATO _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____	

**RICHIESTA di**

CARTELLA CLINICA N° _____ U.O. _____ GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____	N° COPIE RICHIESTE _____	VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE
CARTELLA CLINICA N° _____ U.O. _____ GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____	N° COPIE RICHIESTE _____	FATTURA N° _____ DEL _____
RADIOGRAMMA _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTE N° _____ RADIOGRAMMA _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTE N° _____ RADIOGRAMMA _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTE N° _____ RADIOGRAMMA _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTE N° _____ TAC _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTE N° _____ RMN _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTE N° _____ MAMMOGRAFIA _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTE N° _____		VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE FATTURA N° _____ DEL _____
REFERTI AMBULATORIALI (PRESTAZIONE) _____ _____ DATA REFERTO/PRESTAZIONE _____	COPIE RICHIESTE N° _____ COPIE RICHIESTE N° _____	VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE FATTURA N° _____ DEL _____

AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	FIRMA DIRETTORE SANITARIO
DATA RITIRO DA ARCHIVIO: SAN CAMILLO SERVICE _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	FIRMA OPERATORE
DESTINAZIONE: <input type="checkbox"/> RICHIESTA INTERNA (UNITA' OPERATIVA _____) <input type="checkbox"/> RICHIESTA ESTERNA	
MODALITA' DI RITIRO DELLA COPIA (CONFORME ALL'ORIGINALE) <input type="checkbox"/> CONSEGNA DIRETTA : <input type="checkbox"/> AL PAZIENTE (FIRMA) _____ <input type="checkbox"/> AL DELEGATO (FIRMA) _____ (PER ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA') <input type="checkbox"/> SPEDIZIONE POSTALE	
DATA RITIRO/SPEDIZIONE	FIRMA OPERATORE
DATA RIENTRO IN ARCHIVIO : SAN CAMILLO SERVICE _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	FIRMA OPERATORE