



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

<input type="checkbox"/>			CARTELLA CLINICA N° _____ U.O. _____ GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____		N° COPIE RICHIESTE _____		VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE	
<input type="checkbox"/>			CARTELLA CLINICA N° _____ U.O. _____ GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____		N° COPIE RICHIESTE _____		FATTURA N° _____ DEL _____	

<input type="checkbox"/>			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	
<input type="checkbox"/>			FATTURA N° _____ DEL _____			

<input type="checkbox"/>			REFERTI AMBULATORIALI (PRESTAZIONE) _____ _____ _____		COPIE RICHIESTE N° _____		VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE	
<input type="checkbox"/>			DATA REFERTO/PRESTAZIONE _____		COPIE RICHIESTE N° _____		FATTURA N° _____ DEL _____	

<input type="checkbox"/> NO			FIRMA DIRETTORE SANITARIO	
AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO			<input type="checkbox"/> SI	

DATA RITIRO DA ARCHIVIO: SAN CAMILLO _____ SERVICE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			FIRMA OPERATORE	
---	--	--	-----------------	--

DESTINAZIONE:

RICHIESTA INTERNA (UNITA' OPERATIVA _____)

RICHIESTA ESTERNA

MODALITA' DI RITIRO DELLA COPIA (CONFORME ALL'ORIGINALE)

CONSEGNA DIRETTA : AL PAZIENTE (FIRMA) _____

AL DELEGATO (FIRMA) _____ (PER ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA')

SPEDIZIONE POSTALE

DATA RITIRO/SPEDIZIONE _____			FIRMA OPERATORE	
------------------------------	--	--	-----------------	--

DATA RIENTRO IN ARCHIVIO : SAN CAMILLO _____ SERVICE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			FIRMA OPERATORE	
---	--	--	-----------------	--