

## 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 \_\_\_\_\_ **O**

in qualità di  Legale Rappresentante  Erede

di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Cognome e Nome della 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 (*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 \_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_