

Etichetta del paziente
(se presente)



N. Prot. Interno Radiologia

ISTITUTO CLINICO SAN SIRO

RICHIESTA COPIE IMMAGINI RADIOLOGICHE

Il sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Indirizzo _____ Tel _____ Cell _____

Ricoverato c/o il reparto _____ dal _____ al _____

In qualità di:

Intestatario della documentazione clinica richiesta

Legale rappresentante o erede di _____
(allegare eventuale documentazione aggiuntiva (es. deleghe, procure, ecc..))

CHIEDE

I duplicati dei radiogrammi relativi alle indagini diagnostiche sotto indicate.

(I PREZZI INDICATI SI RIFERISCONO ALLA SINGOLA PELLICOLA)

Radiografia Pellicola € 12,00 cad. (iva 21% compresa)

(Indicare la sede: _____)

RMN (articolare) Pellicola € 18,00 cad. (iva 21% compresa)

RMN (no articolare) Pellicola € 18,00 cad. (iva 21% compresa)

RMN (no articolare) CD* € 6,00 cad. (iva 21% compresa)

TAC Pellicola € 18,00 cad. (iva 21% compresa)

TAC CD* € 6,00 cad. (iva 21% compresa)

* La informiamo che, nel caso di TAC o RMN eseguite e/o altri Istituti, sarà possibile richiedere, in alternativa ai radiogrammi su pellicola, una copia del CD.

L'emissione della fattura verrà effettuata al ritiro dell'esame.

Data _____

Firma del richiedente _____