

Convenzione Attiva

MODULO RICHIESTA CONSULENZA – ESAME STRUMENTALE

STRUTTURA RICHIEDENTE _____

Programmato ☐ Urgente ☐

Consulenza _____

Esame _____

L'esame è necessario ai fini diagnostici in rapporto all'attuale ricovero. Si allega in visione :

Cartella Clinica ☐ Esami ☐ Altro ☐

Richiesta in data ____/____/____

Programmato per il ____/____/____ **ore** _____

Presidio Ospedaliero Erogatore: San Michele ☐ Oncologico Businco ☐

Struttura che eroga la prestazione: _____

Dati del Paziente:

Cognome _____ **Nome** _____ **Data di nascita** ____/____/____

M ☐ **F** ☐

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il Paziente è : deambulante ☐ in sedia a rotelle ☐ barellato ☐

Degenza ☐ Day Hospital ☐ Terapia Intensiva ☐

Diagnosi, quesiti etc. _____

Firma leggibile e timbro del Direttore o Dirigente Medico della Struttura Richiedente

_____ **Tel** _____

Firma leggibile e timbro del Medico di Direzione Medica di Presidio della Struttura Richiedente

PRESTAZIONE ESEGUITA ☐

Firma leggibile e timbro del Direttore o Dirigente Medico della Struttura Erogante:
