

MODULO RICHIESTA INVIO A DOMICILIO REFERTI

(modulistica scaricabile alla pagina internet: www.ptvonline.it → Documentazione Sanitaria e Modulistica)

E' attivo, per coloro che ne facciano esplicita richiesta, il servizio a pagamento di consegna a domicilio degli esami eseguiti presso il Centro Prelievi e gli ambulatori di Aterosclerosi, Endocrinologia, Ginecologia e Neurofisiopatologia.

Documentazione che può essere spedita

- ANALISI DI LABORATORIO (escluso HIV)
- AGO ASPIRATO TIROIDEO (eseguito presso l'ambulatorio di Endocrinologia)
- E.E.G.
- E.E.G. DINAMICO delle 24 ore
- ELETTROMIOGRAFIA
- HOLTER CARDIACO E PRESSORIO
- MOC (eseguita presso l'ambulatorio di Endocrinologia)
- PAP TEST
- POLISONNOGRAFIA
- POTENZIALI EVOCATI
- ULTRASCREEN / TEST COMBINATO

Come si richiede il servizio

Compilare l'apposito modulo ed effettuare la richiesta e il pagamento presso il CUP, successivamente all'esecuzione dell'esame prelevando il biglietto "Accettazione" al Totem eliminacode.

I cittadini esenti sono comunque tenuti al pagamento del servizio. Le richieste devono essere inoltrate personalmente dall'interessato presso il CUP del Policlinico.

Modalità, tempi e costi di consegna

- Posta Raccomandata corrispondendo € 7,50

I tempi di consegna si calcolano a partire dalla spedizione che sarà 5-7 giorni successivi alla data in cui la documentazione sarà disponibile. Consegnata la documentazione a Poste Italiane il PTV declina ogni responsabilità relativa ad eventuali disservizi legati alla consegna.

In caso di esame con esito alterato il personale dell'ambulatorio convocherà il paziente non dando seguito alla richiesta di spedizione del referto. All'utente che torna personalmente presso l'ambulatorio a ritirare l'esame viene apposto dagli operatori della U.O. un timbro con nulla osta di rimborso sulla fattura di avvenuto pagamento che l'interessato mostrerà al CUP per ottenere l'immediata restituzione del corrispettivo pagato.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il __/__/__ e residente/domiciliato in (indicare l'indirizzo più comodo al quale si desidera che sia spedita la documentazione, ad esempio casa, ufficio ecc...)

documento n _____, scadenza _____ con la presente chiede alla Fondazione Policlinico Tor Vergata, l'inoltro al citato indirizzo in busta chiusa a mezzo Raccomandata corrispondendo € 7,50

del _____ referto _____ sanitario _____ relativo _____ alla _____ prestazione _____

n° BGP _____ effettuata dallo/a scrivente in data __/__/__

Per eventuali comunicazioni contattare il seguente recapito telefonico _____

Roma, __/__/____

In fede