

## MODULO RICHIESTA INVIO AL DOMICILIO DI ESAMI DIAGNOSTICI (Allegato n 1)

Per ricevere presso il proprio domicilio le immagini e i referti\* delle indagini radiologiche

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:

- o Raccomandata corrispondendo € 7,50

delle immagini relative alla prestazione \_\_\_\_\_

n ° sgp \_\_\_\_\_ effettuata dallo/a scrivente in data \_\_/\_\_/\_\_

Per eventuali comunicazioni contattare il seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_

La spedizione avverrà entro 5/7 giorni dalla disponibilità del referto.

Qualora alcune indagini richiedano un colloquio di approfondimento da parte del personale medico il paziente verrà convocato a ritirare personalmente il referto. Presentando la fattura all'Accettazione della Diagnostica per Immagini/Medicina Nucleare, al momento del ritiro riceverà l'immediata restituzione del corrispettivo pagato per il servizio di domiciliazione non usufruito.

N.B.

Sono disponibili unicamente i referti delle prestazioni eseguite ambulatorialmente mentre i referti degli esami eseguiti durante il ricovero in Degenza / Pronto Soccorso / Day Hospital confluiscono necessariamente nella cartella clinica.

Roma, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma

-----