

Data	Sede
------	------

Si accettano in visione dalla Signora

Nata il _____ n. tel. fisso / cell _____

i seguenti documenti sanitari

Anno	Anno	Anno	Anno
Anno	Anno	Anno	Anno

I DOCUMENTI SANITARI LASCIATI IN VISIONE POTRANNO ESSERE RITIRATI DOPO AVER RICEVUTO A CASA LA LETTERA DI RISPOSTA

In caso di mammografia di screening fatta a	Rivolgersi a	Giorni	Orario
Fiumara	Sala screening mammografico — Piano terra- Sala 11	da lunedì a venerdì	11.30 - 13.30
Struppa	Segreteria consegna esami Radiologia - Piano terra	da lunedì a venerdì	11.00 - 12.00
Ex Ospedale di Recco	Accettazione Radiologi— Piano terra	venerdì	11.00 - 14.00
Ospedale di Voltri	Sala screening mammografico - Piano 1°	martedì e giovedì	08.00 - 12.00
Ospedale di Sestri P.	Diagnostica mammografica— Piano fondi	da lunedì a venerdì	08.00 - 15.00
Ospedale Villa Scassi	Accettazione Radiologia — Piano fondi	da lunedì a venerdì	08.00 - 15.00
Ospedale di Pontedecimo	Studio Dott. Caserza—Radiologia—Piano fondi	da lunedì a venerdì	11.00 - 13.00
Ospedale La Colletta Arenzano	Accettazione Radiologia La Colletta - Primo Piano	da lunedì a venerdì	10.00 - 12.00

In data odierna la Signora _____ nata il _____

RITIRA I DOCUMENTI SANITARI LASCIATI IN VISIONE

Personalmente

Per delega rilasciata a Signora / Signor _____

Firma di chi ritira _____

I documenti sanitari sono riconsegnati in busta chiusa

La delega al ritiro dei documenti sanitari deve essere consegnata insieme ad un documento di riconoscimento di delegante e delegato

IN CASO DI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI I DOCUMENTI SANITARI SARANNO RICONSEGNA TI A CONCLUSTONE DELLE INDAGINI DAL RADIOLOGO CHE HA SEGUITO IL CASO

IMPORTANTE

CONSERVI QUESTO MODULO E LO RESTITUISCA QUANDO RITIRA I SUOI DOCUMENTI SANITARI