

DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI Diagnostica per Immagini

ETICHETTA PAZIENTE

Gli esami RX, MAMMOGRAFIE ed ECOGRAFIE si ritirano dopo 3 giorni feriali dall'esecuzione dell'esame.

Gli esami TC e RMN si ritirano dopo 8 giorni feriali dall'esecuzione dell'esame.

ESISTE LA POSSIBILITA' DI RITIRARE L'ESAME IN UNA DI QUESTE SEDI:

- **Ospedale S. Sebastiano Martire- Frascati- Diagnostica per Immagini**
tel. 0693274598 Dal Lunedì al Sabato dalle ore 11.00 alle 13.00
- **Ospedale S. Giuseppe – Marino - Diagnostica per Immagini**
tel. 0693273032 Dal Lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00
- **Ospedale San Giuseppe Albano Laziale - Diagnostica per Immagini**
tel.0693273265
Mattina Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00
Pomeriggio Dal Lunedì al Venerdì dalle 15.00 alle 18.00
- **Ospedale "E.De Santis" – Genzano – diagnostica per immagini**
tel. 0693273653 Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00
- **Ospedale Civile "P. Colombo" - Velletri - Diagnostica per Immagini**
tel. 0693272245 Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00
- **Ospedali Riuniti Anzio-Nettuno - Anzio - Diagnostica per Immagini**
tel. 0693276281 Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00
- **Ospedale "Villa Albani" - Anzio - Diagnostica per Immagini**
tel. 0693276305 Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00

I REFERTI VANNO RITIRATI TASSATIVAMENTE ENTRO 30 GIORNI

Gli utenti che *NON* ritirano entro 30 giorni i referti degli esami effettuati, anche se esenti, saranno chiamati a pagare la prestazione per intero (finanziaria 2007 comma 796 lettera R)

Nota: Il referto sarà consegnato all'intestatario del referto, solo se munito di valido documento di riconoscimento, o ad altra persona solo se la stessa presenterà un valido documento di riconoscimento congiuntamente alla *delega scritta* (utilizzare il modello riportato sul retro)con allegata copia del documento di identità dell'intestatario del referto su cui è riportata la firma dello stesso.****

DELEGA AL RITIRO DEL REFERTO

Io sottoscritt.. sig./ra

documento

(allegare fotocopia)

Delego ..l..

Sig/ra.

documento

Al ritiro del referto dell'esame

eseguito in data

lì

Firma dell'intestatario del referto

PER IL PAZIENTE MINORE O INTERDETTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Ai sensi dell'art 46 D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000)

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, preventivamente informato, autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi della L. 675/96.

DICHIARA

Di essere genitore e legale tutore del paziente minore

Di essere il legale tutore del paziente interdetto

e di essere autorizzato al ritiro del referto e cd relativo all'esame del paziente riportato in etichetta stampata.(si allega copia del documento di identità del genitore/tutore dichiarante).

(luogo e data)

Firma
