

## RICHIESTA CD ESAMI RADIOLOGICI (RX-RMN-TAC) – pazienti dimessi

e-mail: uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it  
telefono: 0456449169 dal lunedì al venerdì dalle 14:00 alle 16:00

Spett.le Direzione Sanitaria  
Ufficio Cartelle Cliniche  
“Ospedale P. Pederzoli” Casa di Cura Privata S.p.A.  
Via Monte Baldo, 24  
37019 Peschiera del Garda (VR)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

E-Mail/Pec \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di (barrare il caso che interessa):

- Titolare** (Allegare alla richiesta documento d'identità)
- Genitore di minore** (Allegare alla richiesta documento d'identità)
- Legale rappresentante (Amministratore di sostegno o tutore)** allegare autocertificazione da scaricare nella sezione modulistica del sito [www.ospedalepederzoli.it](http://www.ospedalepederzoli.it) (modulo “Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione”) oltre a documento d'identità del richiedente;
- Erede**, allegare autocertificazione da scaricare nella sezione modulistica del sito [www.ospedalepederzoli.it](http://www.ospedalepederzoli.it) (modulo “Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione EREDE”) oltre a documento d'identità del richiedente;
- Legale**, allegare procura oltre a documento d'identità del paziente e del richiedente;
- Delegato** (Allegare alla richiesta documento d'identità)

**chiede**

che venga rilasciato, copia dei seguenti esami in formato digitale (CD) in regime di ricovero.

Paziente \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Esame richiesto:

Eseguito il giorno:

- RX \_\_\_\_\_
- RMN \_\_\_\_\_
- TAC \_\_\_\_\_

Tutti gli esami radiologici effettuati durante il ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Le immagini verranno stampate su CD e consegnate a mano presso il l'Accettazione Centrale, previa presentazione del presente modulo debitamente compilato congiuntamente agli allegati necessari.:

(Pagamento effettuato on line di € 15,00)

- Nelle mie mani
- Al Sig/ra \_\_\_\_\_ che viene da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto. Allegare copia del documento d'identità del delegante e del delegato in tal caso.

**ORARI PER IL RITIRO:**

**Dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 19:00** presso lo sportello Ritiro Referti – Ingresso 1 – Accettazione Centrale

Le immagini stampate su CD verranno inviate all'indirizzo del titolare a mezzo raccomandata semplice, dopo aver ricevuto la presente richiesta sottoscritta con allegata tutta la documentazione richiesta all'indirizzo [uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it](mailto:uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it)

(Pagamento effettuato on line di € 25,00)

Onde evitare spiacevoli inconvenienti siamo a richiedere di riportare l'indirizzo di spedizione con particolare attenzione al nominativo esposto sulla casella postale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**In mancanza dei documenti necessari, la documentazione non verrà consegnata/spedita.**

Peschiera del Garda, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile del dichiarante)