

Etichetta del paziente  
(se presente)



ISTITUTO CLINICO  
SAN SIRO

N. Prot. Interno Radiologia

## ***RICHIESTA COPIE IMMAGINI RADIOLOGICHE***

Il sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

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

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Ricoverato c/o il reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

In qualità di:

Intestatario della documentazione clinica richiesta

Legale rappresentante o erede di \_\_\_\_\_  
(allegare eventuale documentazione aggiuntiva (es. deleghe, procure, ecc..))

### ***CHIEDE***

I duplicati dei radiogrammi relativi alle indagini diagnostiche sotto indicate.

(I PREZZI INDICATI SI RIFERISCONO ALLA SINGOLA PELLICOLA)

Radiografia Pellicola € 10,00 cad. (+ iva 22% )

(Indicare la sede: \_\_\_\_\_)

RMN (articolare) Pellicola € 15,00 cad. (+ iva 22% )

RMN (no articolare) Pellicola € 15,00 cad. (+ iva 22% )

RMN (no articolare) CD\* € 5,00 cad. (+ iva 22% )

TAC Pellicola € 15,00 cad. (+ iva 22% )

TAC CD\* € 5,00 cad. (+ iva 22% )

\* La informiamo che, nel caso di TAC o RMN eseguite e/o altri Istituti, sarà possibile richiedere, in alternativa ai radiogrammi su pellicola, una copia del CD.

L'emissione della fattura verrà effettuata al ritiro dell'esame.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_