

MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI CITOLOGICI URINARI

(da compilare a cura del paziente)

Cognome e Nome _____

Data di nascita Luogo di nascita _____

Residenza Via _____ Comune _____

Codice Fiscale

N° Telefonico _____

1. URINE 1° campione (raccolto in data _____)

2. URINE 2° campione (raccolto in data _____)

3. URINE 3° campione (raccolto in data _____)

Medico richiedente _____

Motivi della richiesta: controllo in neoplasia del tratto urinario SI NO

Esenzione ticket sanitario SI NO

La consegna dei campioni, accompagnati dal modulo e dall'impegnativa, eventualmente regolarizzata all'ufficio Ticket per i pazienti non esenti, deve essere effettuata presso l'Accettazione del Poliambulatorio dell'Ospedale "Giovanni Paolo II", dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

Si autorizza l'invio della copia digitale del referto al seguente indirizzo mail: _____

Qualora sia necessario il ritiro della copia cartacea, la consegna del referto sarà eseguita presso l'Accettazione del Poliambulatorio nelle giornate di martedì e giovedì, dalle ore 11.30 alle 12.00, direttamente all'utente o a un suo delegato fornito di delega firmata e copia del documento di identità del richiedente.

Data

Firma del paziente

Leggibile