

MODULO DI RICHIESTA DELLA SECOND OPINION

DATI DEL PAZIENTE

NOME		COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, NUMERO CIVICO	CAP	
TELEFONO	CELLULARE		
FAX O E-MAIL			

DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (se persona diversa dal paziente)

NOME		COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, NUMERO CIVICO	CAP	
TELEFONO	CELLULARE		
FAX O E-MAIL			

- Genitore del minore con potestà (munito dello stato di famiglia)
- Soggetto esercente tutela, amministrazione di sostegno (munito di documentazione comprovante)
- Altro (munito di documentazione comprovante)

FIRMA

L'invio del referto relativo al servizio di Second Opinion richiesto sarà effettuato tramite: *(selezionare la modalità di preferenza)*

e-mail _____

Corriere presso il seguente indirizzo: _____

R.R. presso il seguente indirizzo: _____

DIAGNOSI E QUESITO CLINICO

Descrivere sinteticamente, l'attuale diagnosi:

Eventuale domanda da porre, sinteticamente, ai clinici:

ALLEGATI NECESSARI PER COMPLETARE LA RICHIESTA

Al fine di completare la richiesta del servizio di Second Opinion è necessario allegare la seguente documentazione:

- Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili
- Liberatoria
- Questionario storia clinica da compilare insieme al medico referente
- Documento di identità del paziente
- Documento di identità del richiedente se persona diversa dal paziente e documento che attesta il legame con il paziente

Documentazione clinica richiesta:

- Referti operatori su eventuali interventi chirurgici
- Referti di esami diagnostici (TC, RM, RX, Ecografie..)
- Referti esami di laboratorio
- Immagini/CD di esami diagnostici
- Consulto/revisione vetrini

Si ricorda che, copia della documentazione inviata, sarà archiviata dalla Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli