

MODULO DI RICHIESTA DEL SERVIZIO DI VISITA SPECIALISTICA A DISTANZA

DATI DEL PAZIENTE

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

- Soggetto esercente tutela, amministrazione di sostegno (munito di documentazione comprovante)
- Altro (munito di documentazione comprovante)

FIRMA

L'invio del referto relativo al servizio di Visita Specialistica a distanza richiesto sarà effettuato tramite: *(selezionare la modalità di preferenza)*

e-mail _____

Corriere presso il seguente indirizzo: _____

R.R. presso il seguente indirizzo: _____

Si autorizza l'invio di copia al medico curante

SI**NO**

Se sì, presso il seguente recapito:

DIAGNOSI E QUESITO CLINICO

Descrivere sinteticamente, l'attuale diagnosi:

ALLEGATI NECESSARI PER COMPLETARE LA RICHIESTA

Al fine di completare la richiesta del servizio di Visita Specialistica a distanza 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

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