

Da allegare all'attuale modulo di richiesta utilizzato al CUP
in caso di richiesta di "Altra documentazione sanitaria" (Ospedale S. Spirito)

Richiesta documentazione sanitaria di prestazioni ambulatoriali
Sezione da compilare a cura del richiedente
(Barrare la tipologia di documentazione e inserire periodo di riferimento)

NOME _____ **COGNOME** _____

- ✓ **Ambulatorio di Endocrinologia**
 - Scheda ambulatoriale
 - Referti Ago aspiratoaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Ambulatorio di Gastroenterologia**
 - Certificato accessi
 - Referti esamiaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Ambulatorio di Ortopedia**
 - Certificato accessi
 - Copia certificazioni visite per prestazioni effettuate a far data dal 1° gennaio 2018accesso effettuato in data _____

- ✓ **Ambulatorio di Cardiologia**
 - Monitoraggio pace-maker
 - Referti test da sforzo ed eco stressaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Ambulatorio di Ostetricia e Ginecologia**
 - Referti istologici
 - Referti pap-test
 - Referti Amniocentesi
 - Referti Ecografieaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Ambulatorio di Neonatologia**
 - Referti di Elettrocardiogrammaaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Ambulatorio di Senologia Breast Unit**
 - Scheda ambulatoriale
 - Referti istologiciaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Poliambulatorio**
 - Certificato accessiaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Ambulatorio di Fisiatria**
 - Certificato accessiaccesso effettuato in data _____

- ✓ **Altro Ambulatorio**
 - _____ (specificare)accesso effettuato in data _____

Documentazione sanitaria richiesta (specificare)

DATA _____

FIRMA _____