

Dipartimento Interaziendale ad attività integrata di Anatomia Patologica

ALLA U.O. ANATOMIA PATOLOGICA – PAD. 18

RICHIESTA ESAME ISTO / CITOLOGICO – MODULO PER ESTERNI

COGNOME _____ NOME _____ Sesso M F

nato/a a _____ il _____

indirizzo di residenza/domicilio: _____ città _____

codice fiscale _____

numero di cellulare/recapito telefonico _____

indirizzo e-mail _____

TIPOLOGIA REGIME DI EROGAZIONE RICHIESTO

- Esterno SSN con impegnativa
- Pagante in proprio
- ALP (allegare modulistica dedicata) Patologo prescelto: _____

NUMERO CONTENITORI INVIATI _____

SEDE PRELIEVO:

CONTENITORE 1 _____

CONTENITORE 2 _____

CONTENITORE 3 _____

CONTENITORE 4 _____

CONTENITORE 5 _____

CONTENITORE 6 _____

CONTENITORE ALTRO _____

NOTIZIE CLINICHE ESSENZIALI

Esami cito-istologici precedenti

MEDICO RICHIEDENTE:

NOME E COGNOME/TIMBRO

Codice fiscale medico richiedente