

SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE ASLTO3
c/o Radiologia Presidio Ospedaliero Rivoli

MODULO DA INVIARE VIA FAX/MAIL UNITAMENTE ALLA RICHIESTA MEDICA A:

Al Coordinatore TSRM
Fax **011 9551076**
Tel. **011 9551079 - 3386856815**
Mail : radiodiagnostica.rivoli@aslto3.piemonte.it

Struttura richiedente

	Sede di:
<input type="checkbox"/> Cure domiciliari	_____
<input type="checkbox"/> Struttura/RSA	_____
<input type="checkbox"/> Medico di medicina generale	Distretto di: _____

Dati paziente

Cognome	_____	Nome	_____
Nato/a a:	_____	Il: / / - / / - / / / /	
Residente a	_____	Indirizzo:	_____
Domicilio	_____		
	(da compilarsi esclusivamente in caso in cui sia diverso dalla residenza)		
Telefono utente/familiare di riferimento:	_____		

Esame radiologico richiesto:

Eventuali Note di completamento al Quesito Clinico E per raggiungere il luogo dell'esame

Data	Firma del richiedente e Num di Telefono
------	---