



RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI

OSPEDALE

- Arzignano
- Montecchio
- Valdagno
- Lonigo

NOME MEDICO RICHIEDENTE:

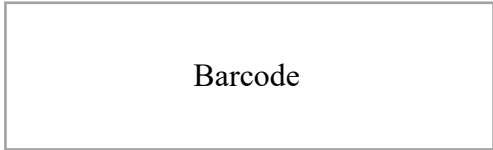
REPARTO.....

N. letto..... N° TEL. Riferimento.....

- Ricovero programmato in regime: ordinario D.S D.H
- Post-ricovero. Dimesso in data:.....

PAZIENTE.....

Data di nascita..... **C.F.**.....



MODALITA' DI TRASPORTO

- Deambulante
- Urgente
- In sedia
- Non urgente
- A letto
- Infettivo
- Intrasportabile

Quesito diagnostico, precedenti interventi chirurgici ed eventuale patologia nota:
.....
.....
.....
.....

Esame radiologico richiesto:
.....
.....

Data..... Firma del medico