



## **RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI**

### **OSPEDALE**

Arzignano  
 Valdagno

Montecchio  
 Lonigo

**NOME MEDICO RICHIEDENTE:** .....

**REPARTO**.....

N. letto.....

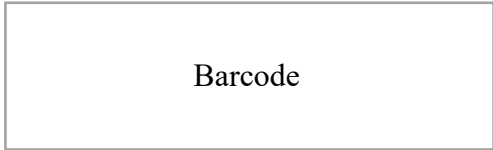
N° TEL. Riferimento.....

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

Intrasportabile

Infettivo

Quesito diagnostico, precedenti interventi chirurgici ed eventuale patologia nota:

.....  
.....  
.....  
.....

Esame radiologico richiesto:

.....  
.....

Data.....

Firma del medico