



Clinica Luganese  
**Moncucco**

## Richiesta copia immagini radiologiche

In via preferenziale la consegna di copia delle immagini radiologiche (CD) avviene direttamente presso la Clinica Luganese Moncucco e all'attenzione del paziente stesso.

La presente richiesta, compilata in tutti i suoi campi, può essere consegnata alla ricezione della Clinica, la quale incasserà anticipatamente il costo previsto per la preparazione della copia (pari a Chf. 20.--).

Una volta effettuato il pagamento, il paziente potrà presentarsi allo sportello del servizio di Radiologia che procederà, seduta stante, alla consegna delle immagini radiologiche (CD).

Solo qualora il paziente fosse impossibilitato a recarsi in Clinica, la presente richiesta verrà trasmessa al servizio di Radiologia il quale invierà copia delle immagini radiologiche (CD) all'indirizzo riportato sulla richiesta tramite invio postale prioritario (posta A).

Trasmissioni all'estero avvengono tramite invio raccomandato, con un sovrapprezzo pari a Chf. 6.--.

Nel caso in cui il pagamento non venga effettuato anticipatamente presso la ricezione della Clinica, la Clinica provvederà ad emettere una fattura all'attenzione del richiedente, maggiorando il costo per la preparazione e l'invio della copia con una tassa amministrativa pari a Chf. 20.--.

Si precisa che eventuali copie della cartella clinica, vanno richieste a parte e mediante il modulo M-460 Richiesta copia cartella clinica per degenza e M-1028 Richiesta copia cartella clinica per trattamenti ambulatoriali.

---

**Per il paziente: da compilare in tutti i suoi campi.**

**N.B.: richieste incomplete NON verranno prese in considerazione**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NAP e luogo \_\_\_\_\_

**Richiede copia delle immagini radiologiche (CD):**

Tipo di esame \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Tipo di esame \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Oppure**

Dalla degenza ospedaliera dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dalla degenza ospedaliera dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Data:**

**Firma del paziente:**

---

**Clinica Luganese  
Moncucco**  
Via Moncucco 10  
6903 Lugano

Società anonima No Profit  
info@moncucco.ch  
www.moncucco.ch  
T+ 41 91 960 81 11  
F+ 41 91 966 76 31

---

**Servizio di radiologia**  
radiologia@moncucco.ch  
T+ 41 91 960 86 36  
F+ 41 91 960 87 02

1/2

## Da compilare dagli uffici competenti

Incasso in contanti da parte del centralino:

 si no

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
*Cognome e firma*

Consegna copia delle immagini radiologiche (CD) da parte del segretariato di radiologia (con relativa fattura, in caso di mancato incasso anticipato):

 si

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
*Cognome e firma*

Modulo da conservare presso il segretariato di radiologia fino al 31.12. dell'anno della spedizione.

In caso di mancato incasso anticipato, emissione della fattura da parte della fatturazione (da trasmettere alla contabilità):

 si

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
*Cognome e firma*

Registrazione della fattura da parte della contabilità (fattura da trasmettere al segretariato di radiologia):

 si

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
*Cognome e firma*

---

### Al momento del ritiro

Con la presente, dichiaro di aver ricevuto dal servizio di radiologia la copia delle immagini radiologiche (CD) degli esami richiesti.

Data: \_\_\_\_\_

Nome e cognome del ricevente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_