



# Richiesta di Esame Colpocitologico

**CITIOBIOLAB** - Laboratorio di Analisi  
Via Sandro Botticelli 9 - 90100 - Palermo (Italy)

Direttore Sanitario: Dott.ssa Manuela Zappalà

/  
Cartel Istoteca

## ANAGRAFICA PAZIENTE

Nominativo: \_\_\_\_\_  
CodiceFiscale: \_\_\_\_\_  
Stato civile: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Citt : \_\_\_\_\_  
Mestruazioni: \_\_\_\_\_ Menopausa: \_\_\_\_\_  
Gravidanze: \_\_\_\_\_ Aborti: \_\_\_\_\_

## ANAGRAFICA MEDICO

Nominativo: \_\_\_\_\_  
N. Iscr. Albo: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Citt : \_\_\_\_\_  
Timbro esteso

## Anamnesi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA ESAME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **SEDE PRELIEVO:** \_\_\_\_\_

### Tutela della privacy: trattamento delle informazioni ricevute dagli utenti D.lgs 196/2003

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura:

1. le finalit  e le modalit  del trattamento cui sono destinati i dati, commesse con le attivit  di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituiti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venire a conoscenza in qualit  di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facolt  di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonch  di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. il nome del medico che sar  titolare del trattamento dei dati personali nonch  l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessit  di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

## APPORRE QUI IL VETRINO

  obbligatorio indicare nome del paziente sul vetrino

Firma del Paziente  
(si accettano le condizioni su indicare)



powered by Split™

Firma del Medico  
(si accettano le condizioni su indicare)



# Richiesta di Esame Colpocitologico

**CITIOBIOLAB** - Laboratorio di Analisi  
Via Sandro Botticelli 9 - 90100 - Palermo (Italy)

Direttore Sanitario: Dott.ssa Manuela Zappal 

/  
Cartel Istoteca

## ANAGRAFICA PAZIENTE

Nominativo: \_\_\_\_\_  
CodiceFiscale: \_\_\_\_\_  
Stato civile: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Citt : \_\_\_\_\_  
Mestruazioni: \_\_\_\_\_ Menopausa: \_\_\_\_\_  
Gravidanze: \_\_\_\_\_ Aborti: \_\_\_\_\_

## ANAGRAFICA MEDICO

Nominativo: \_\_\_\_\_  
N. Iscr. Albo: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Citt : \_\_\_\_\_  
Timbro esteso

## Anamnesi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA ESAME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **SEDE PRELIEVO:** \_\_\_\_\_

### Tutela della privacy: trattamento delle informazioni ricevute dagli utenti D.lgs 196/2003

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura:

1. le finalit  e le modalit  del trattamento cui sono destinati i dati, commesse con le attivit  di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituiti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venire a conoscenza in qualit  di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facolt  di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonch  di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. il nome del medico che sar  titolare del trattamento dei dati personali nonch  l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessit  di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

## APPORRE QUI IL VETRINO

  obbligatorio indicare nome del paziente sul vetrino

Firma del Paziente  
(si accettano le condizioni su indicare)



powered by Split™

Firma del Medico  
(si accettano le condizioni su indicare)