

**RICHIESTA DELLA MONZINO SECOND OPINION**

**DATI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**DATI DEL RICHIEDENTE (da compilare solo se persona diversa dal Paziente)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Relazione con il Paziente (barrare una delle opzioni di seguito elencate)**

- Genitore di minore con potestà (munito di stato di famiglia)
- Soggetto esercente tutela, curatela o amministrazione di sostegno (munito di documentazione comprovante)

Si richiede di indicare in quale formato si preferisce ricevere il referto della Monzino Second Opinion:

- e-Mail       Fax       Corriere (in questo caso è richiesto il pagamento aggiuntivo di 18.00€)

Si richiede di indicare la lingua in cui si desidera ricevere il referto della Monzino Second Opinion (si prega di selezionare una sola lingua):

- Italiano       Inglese

**DIAGNOSI e QUESITO/ CLINICO/**

**Qual è l'attuale diagnosi?** *Si richiede gentilmente di essere sintetici, chiari e concisi*

---

---

---

---

---

**Eventuali domande da porre ai medici Monzino**

---

---

---

Si precisa che il costo di €350,00 si riferisce al singolo consulto richiesto

Nel caso fosse necessario richiedere un consulto multidisciplinare, sarà richiesto il pagamento aggiuntivo di €150,00.

**DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA**

**I documenti e i materiali inviati saranno archiviati da Monzino.**

**Tutta la documentazione clinica deve essere in lingua italiana o inglese.**

**Se possibile inviare copia della documentazione clinica delle immagini, non gli originali.**

- Questionario Clinico
- Referti operatori di eventuali interventi chirurgici
- Referti di esami diagnostici (TC, Risonanza Magnetica, RX, Ecografie,...)
- Referti di esami di laboratorio
- Una relazione di accompagnamento dal vostro medico referente che deve contenere le seguenti informazioni: diagnosi e stadio della malattia, terapie in corso, farmaci a domicilio, problemi attivi e il quesito clinico per la Second Opinion.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Rappresentante Legale

---