



RICHIESTA ESAME CITOLOGICO CERVICOVAGINALE

ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome e Nome _____ **Luogo e Data di nascita** _____

C. F. _____ **Indirizzo** _____ **Tel.** _____

Data Ultima Mestruazione _____ Gravida SI NO Menopausa SI NO

Obiettività _____

Interventi _____

Altre notizie cliniche _____

Sede del prelievo _____

Data prelievo _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Firma paziente _____

Firma/Timbro del medico _____

----- tagliare qui ----- °----- tagliare qui -----

piegare sul vetrino →

**Apporre il Vetrino qui,
 indicando sullo stesso nome e cognome paziente**

← piegare sul vetrino



RICHIESTA ESAME CITOLOGICO CERVICOVAGINALE

ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome e Nome _____ **Luogo e Data di nascita** _____

C. F. _____ **Indirizzo** _____ **Tel.** _____

Data Ultima Mestruazione _____ Gravida SI NO Menopausa SI NO

Obiettività _____

Interventi _____

Altre notizie cliniche _____

Sede del prelievo _____

Data prelievo _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Firma paziente _____

Firma/Timbro del medico _____

----- tagliare qui ----- °----- tagliare qui -----

piegare sul vetrino →

**Apporre il Vetrino qui,
 indicando sullo stesso nome e cognome paziente.**

← piegare sul vetrino