



RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO GINECOLOGICO

ANAGRAFICA PAZIENTE

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

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

Data Ultima Mestruazione _____ **Menopausa** SI NO

Pregresso PAP _____

Pregresso HPV _____

Colposcopia _____

Notizie cliniche _____

Materiale inviato _____

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 _____



RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO GINECOLOGICO

ANAGRAFICA PAZIENTE

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

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

Data Ultima Mestruazione _____ **Menopausa** SI NO

Pregresso PAP _____

Pregresso HPV _____

Colposcopia _____

Notizie cliniche _____

Materiale inviato _____

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 _____