LABORATORIO DIAGNOSTICA MEDICA S.R.L.
Largo B.G. Cirri 10 – Latina
P.IVA: IT00272600594

MODULO DI RECLAMO – ESAMI DIAGNOSTICI

1. DATI DEL/DELLA RECLAMANTE

Nome e cognome:_____

Data di nascita:____ / ____ / _____

Codice fiscale:_____

Indirizzo:_____

Telefono:_____

E-mail:_____

2. DATI RELATIVI ALL'ESAME DIAGNOSTICO

Tipo di esame:_____
Data dell'esame:____ / ____ / _____
Ora:_____
Medico/Professionista:_____
Numero di prenotazione/referto/cartella, se disponibile:_____

3. OGGETTO DEL RECLAMO

Il/La sottoscritto/a presenta il seguente reclamo in relazione all'esame diagnostico sopra indicato:

4. MOTIVO DEL RECLAMO

Il reclamo riguarda, in particolare:
☐ Ritardo nell'esecuzione dell'esame
☐ Ritardo nella consegna del referto
☐ Problemi relativi alla prenotazione
☐ Problemi organizzativi o amministrativi
☐ Comportamento del personale
☐ Informazioni insufficienti o non adeguate

□ Problemi relativi al consenso informato
□ Problemi durante l'esecuzione dell'esame
□ Presunta anomalia nell'esecuzione o nella gestione dell'esame
□ Presunta anomalia nel referto
□ Mancata o insufficiente comunicazione dell'esito
□ Altro: _____

5. RICHIESTA DEL/DELLA RECLAMANTE

Con il presente reclamo si chiede:
□ Di verificare quanto segnalato
□ Di fornire un chiarimento scritto in merito all'accaduto
□ Di verificare la correttezza della procedura adottata
□ Di riesaminare la documentazione relativa all'esame
□ Di fornire copia della documentazione disponibile, ove previsto
□ Di adottare eventuali provvedimenti correttivi
□ Altro: _____
Ulteriori richieste o osservazioni:

6. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

□ Copia della prenotazione
□ Copia del referto
□ Copia di prescrizioni/impegnative
□ Comunicazioni intercorse con la struttura
□ Altra documentazione: _____

7. MODALITÀ DI RISPOSTA

Si richiede che la risposta al presente reclamo venga inviata a:
□ E-mail: _____
□ Indirizzo postale: _____
□ Altra modalità: _____
Data:____ / ____ / _____

Firma del/della reclamante:_____