



MODULO INFORMATIVO COPIA CARTELLA CLINICA

Si prega di leggere attentamente

Il presente modulo è:

- Rilasciato presso lo Sportello degli Ambulatori della Casa di Cura all'atto della richiesta.
- Da riconsegnare presso lo Sportello degli Ambulatori della Casa di Cura all'atto della richiesta.

Il pagamento sarà effettuato presso lo Sportello degli Ambulatori della Casa di Cura all'atto della richiesta.

La documentazione rilasciata è quella esistente all'interno della cartella clinica al momento della richiesta, per potrebbe subire integrazioni.

La documentazione disponibile sarà rilasciata entro 7 (sette) giorni lavorativi dalla data della richiesta.

Qualora fossero necessarie integrazioni documentali (esami in sospenso), copia della cartella clinica sarà cons entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data della richiesta.

COSTO

- **Costo della copia della Cartella Clinica con ritiro personale**
 - . PER DEGENZA IN REPARTO ACUZIE: € 35,00
 - . PER DEGENZA IN REPARTO POST ACUZIE/RESIDENZIALE: € 40,00
- **Costo della copia della Cartella Clinica con spedizione**
 - . PER DEGENZA IN REPARTO ACUZIE: € 45,00
 - . PER DEGENZA IN REPARTO POST ACUZIE/RESIDENZIALE: € 50,00

sezione compilata con i dati del richiedente

io sottoscritto/a

nato/a a

il

residente in

tel./cell.

e-mail

tipo e n. documento

in qualità di

segue...



chiedo il rilascio della copia della cartella clinica riferita al/alla sig./sig.ra

assistito

nato/a il

a

Richiedo n. 1 copie conformi della documentazione per le seguenti cartelle:

<i>cartella</i>	<i>data di ricovero</i>	<i>data di dimissione</i>

richiedo che la consegna avvenga con le seguenti modalità:

ritiro personale

ritiro da parte di terza persona (cognome _____ nome _____)

N.B. E' sempre necessario presentare, al momento del ritiro, la delega e la fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante o la documentazione/autocertificazione attestante la titolarità ad effettuare il ritiro nei casi in cui il delegante sia impossibilitato alla delega.

Ritiro con invio a mezzo **posta raccomandata**, presso il seguente indirizzo:

destinatario

indirizzo

c.a.p.

città

recapiti telefonici _____

Il/La Sottoscritto/a dichiara di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna della **Posta Raccomandata** anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

data

Firma dell'Utente per accettazione

Privacy

I dati personali conferiti saranno trattati nel rispetto del dlgs 196/03 e smi, esclusivamente per fini amministrativi.

data

Firma dell'Utente (per presa visione informativa)

spazio riservato all'ufficio ricoveri

numero richiesta

data prevista per la consegna della copia della cartella clinica



DELEGA

PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

e residente in

Delega

al ritiro della copia della Cartella Clinica

il/la Sig./ra (cognome) _____ (nome) _____

Allegare copia del documento del delegante e del delegato

Data _____

Firma del Delegante



MODULO INFORMATIVO RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

In data _____ è stata richiesta la copia conforme di una o più cartelle cliniche riferite all'assistito _____ che sarà consegnata presso lo sportello dedicato al ritiro, salvo cause ostative non imputabili alla Casa di Cura.

numero richiesta

data prevista consegna

Sportello per il ritiro:

Reception della Struttura

Giorni e orari per il ritiro:

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 17.00

Tempi di conservazione delle copie non ritirate:

Massimo un anno dalla data di prevista consegna, successivamente verrà distrutta senza diritto di rimborso

Documenti da presentare in caso di delega a terzi:

- Modulo di delega al ritiro della documentazione sanitaria, debitamente compilato
- Copia del documento di identità del delegante
- Copia del documento di identità del delegato

Numeri di riferimento:

Reception allo 06.5236.0378 (Lun-Ven 10.00-17.00)

PER POTER RITIRARE LA COPIA DUPLICATO CARTELLA CLINICA E' NECESSARIO PRESENTARE ANCHE IL PRESENTE DOCUMENTO CHE SARA' UTILIZZATO COME ATTESTAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA DELLE COPIE
IN MANCANZA DEI REQUISITI RICHIESTI NON POTRA' ESSERE EFFETTUATO
IL RILASCIO DELLA COPIA DUPLICATO CARTELLA CLINICA

Data

Firma operatore _____

Spazio da compilare a cura dello sportello preposto in fase di consegna delle copie

Documenti ritirati da (cognome) _____ (nome) _____

Doc. di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

Data _____ Firma di colui che ritira _____