

allegare documento d'identità

| | | |
|--|---|---|
| Villa Erbosa <i>Contabilità e Bilancio</i> | MODULO PER LA RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA E/O DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE | M01 C&B Rev. 5 Data applicazione: 24/04/2019 Pagina 1 di 2 |
|--|---|---|

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____, tel. _____

e-mail _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera, richiamate dall'art.76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse):

- Diretto interessato, se maggiorenne**
- Rappresentante del paziente (barrare la voce di interesse):**
 - Esercente la potestà genitoriale sul minore di seguito identificato:**
nome e cognome _____
nato/a il _____
 - Tutore/curatore/amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata**
nome e cognome _____
nato/a il _____
 - Erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato:**
nome e cognome _____
nato/a il _____
 - Coniuge o figlio o, per mancanza di questi, di parente in linea retta o correlata fino al terzo grado del soggetto temporaneamente impedito di seguito identificato a di cui si allega il certificato medico che attesta l'impedimento temporaneo (ex art. 4 445/2000)**
nome e cognome _____
nato/a il _____

chiedo il rilascio di copia

- di Cartella Clinica, relativa al ricovero avvenuto presso la vostra struttura nella Unità Operativa di _____ e con medico curante interno _____**
Dal _____ al _____
Dal _____ al _____
- della documentazione ambulatoriale (laboratorio analisi, ECG, RM/TC,...)**
data _____, descrizione prestazione _____

| | | |
|--|---|---|
| Villa Erbosa <i>Contabilità e Bilancio</i> | MODULO PER LA RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA E/O DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE | M01 C&B Rev. 5 Data applicazione: 24/04/2019 Pagina 2 di 2 |
|--|---|---|

dichiarando

- o di ritirare personalmente allo sportello (unica modalità per esame HIV, da effettuarsi in orario di apertura del Laboratorio Analisi LUN-VEN 8:00-14:00, SAB 8:00-12:00)
- o di ritirare tramite persona delegata allo sportello (sotto identificata)
- o la propria volontà alla consegna tramite spedizione all'indirizzo (con spese a carico del destinatario per cartella clinica)

Dichiara di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede anche la consegna a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (convivente, familiare,..).

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art 13 del Reg. UE 16/679, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data _____ Firma del dichiarante _____

Al sensi della Legge 296/06 comma 796 lettera r, si informa l'utenza che, in caso di mancato ritiro del referto entro 30gg dalla data prevista, sarà addebitato l'intero costo delle prestazioni

ORARI E CONTATTI

Ritiro cartella clinica in copia :

⇒ presso gli sportelli dell'ufficio ricoveri nei giorni feriali dalle 8:30 alle 18:00, sabato 8:30-12:00.

Ritiro di documentazione ambulatoriale :

⇒ Esami di Radiologia, TC/RM : presso gli sportelli Accettazione della Diagnostica per Immagini, nei giorni feriali dalle 8:00 alle 19:30, sabato 8:00 - 12:00;

⇒ Esami di Laboratorio, ECG, altre prestazioni : presso gli sportelli principali di Accettazione Ambulatoriale, nei giorni feriali dalle 8:00 alle 19:30, sabato 8:00 - 12:00.

Nei periodi estivi o durante le festività natalizie gli orari possono subire variazioni.

PER INFORMAZIONI : chiamare il numero telefonico 051 6316000 dalle 9 alle 13 oppure scrivere ai seguenti indirizzi mail: poliambulatorio.ccvv@grupposandonato.it o cartelle.ccvv@grupposandonato.it

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA AL RITIRO

delegando

Il/la sig./ra (c.d. delegato) _____

Nato/a il _____ a _____

Identificato/a con il seguente documento di riconoscimento _____

Alla presentazione della presente istanza e/o al ritiro della documentazione richiesta

N.B. alla presente istanza deve essere allegato copia del documento di identità del soggetto dichiarante

| | | |
|--|--|--|
| Villa Erbosa <i>Ospedale</i> <i>Privato Accreditato</i> | RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA | |
|--|--|--|

Presentare il modulo di richiesta cartella clinica, corredato di idonea documentazione personalmente o tramite delegato.

Versare la somma dovuta per la copia della documentazione tramite bonifico bancario, da corrispondere a:

VILLA ERBOSA SPA - BPER

IBAN: IT 61 X 05387 02405 000001826810

Avendo cura di indicare nella causale **“Richiesta cartella clinica Nome, Cognome, Codice Fiscale del paziente”**.

→ [Inviare entrambi i moduli tramite e-mail **cartelle.ccve@grupposandonato.it**]

NB: in assenza di modulo debitamente compilato, documento di identità (fronte e retro) dell'avente diritto, e copia di ricevuta del bonifico bancario la richiesta non potrà essere evasa.

Costo :

- Copia cartacea: euro 30
- Copia cartacea spedita con raccomandata: euro30 + euro 10,00 per spese di raccomandata

Modalità di consegna :

- allo sportello (lunedì/venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00; sabato dalle 8.30 alle ore 12.30).
- a mezzo spedizione postale all'indirizzo dichiarato.

La copia, verrà rilasciata entro un mese dalla chiusura amministrativa della cartella clinica, salvo situazioni particolari.