



MODULO INFORMATIVO COPIA CARTELLA CLINICA

Si prega di leggere attentamente

Il presente modulo è:

- Rilasciato presso l'Ufficio Ricoveri all'atto della richiesta.
- Da riconsegnare presso lo Sportello A del Cup all'atto del ritiro.

Il pagamento sarà effettuato presso l'Ufficio Ricoveri all'atto della richiesta.

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

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

La documentazione potrà essere ritirata **NON OLTRE 3 MESI** dalla data della richiesta.

RITIRO CARTELLA CLINICA

- **Il ritiro delle Cartelle si effettua presso il CUP Sportello A nei seguenti giorni:**

- . **LUNEDI', MERCOLEDI', VENERDI' e SABATO** dalle ore 08:30 alle ore 13:00
- . **MARTEDI' e GIOVEDI'** dalle ore 15:30 alle ore 20:00

Previa conferma telefonica al n. 06.6565.6776 - 06.6565.6206 E'
necessario presentare un documento di identificazione

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**
 - . **PER INTERVENTI IN DH/DS: € 30,00**
- **Costo della copia della Cartella Clinica con spedizione**
 - . **PER DEGENZA IN REPARTO ACUZIE: € 45,00**
 - . **PER DEGENZA IN REPARTO POST ACUZIE/RESIDENZIALE: € 50,00**
 - . **PER INTERVENTI IN DH/DS: € 35,00**

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

<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 il

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

numero richiesta




data prevista consegna



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 ostantive non imputabili alla Casa di Cura.

 numero richiesta	data prevista consegna
---	------------------------

Sportello per il ritiro:

Sportello A del Cup (Ritiro Referti) della Struttura **Giorni**

e orari per il ritiro:

Lunedì, Mercoledì, Venerdì e Sabato dalle 8:30 alle 13:00 e Martedì e Giovedì dalle 15:30 alle 20:00

Tempi di conservazione delle copie non ritirate:

Le copie vanno ritirate entro tre mesi dalla data di prevista consegna

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
- Eventuale documentazione/autocertificazione attestante la titolarità ad effettuare il ritiro

Numeri di riferimento:

Sportello A del Cup della Struttura allo 06.6565.6776 - 06.6565.6206

il Lun, Mer, Ven, Sab dalle 8:30 alle 13:00 e il Mar e Gio dalle 15:30 alle 20:00

**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 _____