

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ in via _____
_____ tel _____

CHIEDE IL RILASCIO DI

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA, relativa al ricovero avvenuto presso la Clinica
- nel periodo _____ reparto _____
nel periodo _____ reparto _____
nel periodo _____ reparto _____
- COPIA REFERTI di prestazioni sanitarie (visite, esami strumentali, di laboratorio..) eseguite in data _____ descrizione prestazione _____
- CERTIFICAZIONI (di ricovero, di dimissione, ecc.)
- COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIODIAGNOSTICA relativa a prestazione eseguita in data _____ per il seguente esame: - ecografia - TAC - Mammografia - Radiologia - Funzionale
- ALTRO _____

INDICA LA SEGUENTE MODALITA' DI RITIRO

- Personalmente o con delega al Sig/Sig.ra _____
Dichiara di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e al momento del ritiro della documentazione sanitaria dovrà esibire un proprio documento d'identità e fotocopia di un documento d'identità valido del delegante.
- Mediante spedizione postale all'indirizzo _____
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 anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc..)

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____ Firma per esteso del richiedente _____

INFORMAZIONI PER IL RICHIEDENTE

Il pagamento delle spese di copia e/o spedizione della documentazione sanitaria deve essere effettuato in anticipo.

Questo significa che la richiesta di documentazione sanitaria sarà soddisfatta solo dal momento in cui verrà accertato il versamento delle spese.

Le documentazioni sanitarie non ritirate entro 90 giorni dalla disponibilità saranno eliminate

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La documentazione sanitaria richiesta viene:

- Consegnata, previa esibizione di documento d'identità, al Sig/Sig.ra _____
- Inviata con mezzo postale all'indirizzo indicato

Data _____

Firma per esteso dell'incaricato alla copia cartella _____

Data _____

Firma per esteso dell'incaricato alla consegna _____

Firma per esteso del ricevente _____