

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA EFFETTUATA DA INTESTATARIO	MRA- 15	A.00 del -----	1 di 2

Data emissione	Responsabile redazione	Responsabile convalida	Responsabile Approvazione
08/01/2024	Dr.ssa Maura Curello	Dr.ssa Maura Curello	DIREZIONE SANITARIA

I responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura

DA INVIARE ALL'INDIRIZZO E-MAIL archivio@valdisieve.it o consegnare personalmente presso Ufficio Accettazione

Il sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___ a _____
C.F. _____

RICHIEDE la seguente documentazione:

n° copie cartella clinica ricovero ordinario dal al
n° copie RX e/o TAC eseguiti durante il ricovero (la copia del referto radiologico NON PUO' essere consegnata senza la copia della cartella clinica)

SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA con raccomandata, da inviare a

Via _____ n° _____ Telefono _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Note _____

RITIRO CARTELLA CLINICA in sede

Presso il Servizio ritiro cartelle cliniche (Front Office)

Ritira il Sig./Sig.ra intestatario/a della cartella clinica

Delegato COGNOME _____ NOME _____

DOCUMENTO DI IDENTITA' _____

DICHIARO consapevolmente di **accettare** che il recapito della documentazione si effettui:

- entro 30 giorni dalla data della richiesta
- secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale
- che la consegna, tramite poste italiane, avvenga anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.) in una busta chiusa sulla quale sia riportato il nome e l'indirizzo del paziente;
- Per la consegna della documentazione a domicilio o ad altro indirizzo, libero la Casa di cura Valdisieve Hospital S.r.l da ogni responsabilità in merito alla consegna, autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs. 101/2018 – Regolamento UE 679/2016)

SI ALLEGA:

Copia del documento del richiedente n° _____ rilasciato il _____

Data della richiesta _____ Firma del richiedente _____

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA EFFETTUATA DA INTESTATARIO	MRA- 15	A.00 del	2 di 2

DISTINTA DI CONSEGNA COPIA CARTELLA

(PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO)

Data produzione copia _____ Firma operatore _____

Data avviso paziente disponibilità documentazione sanitaria in sede _____

Firma operatore _____

Data ritiro copia cartella clinica in sede _____ Firma operatore _____

Firma ritirante _____

<input checked="" type="checkbox"/> Corvalida	Approvazione 
---	--