Fondazione Teresa Camplani Casa di Cura S. CLEMENTE	**RICHIESTA di COPIA di CARTELLA CLINICA e DOCUMENTAZIONE SANITARIA RADIOGRAMMI e IMMAGINI DIAGNOSTICHE**	M-PADS10-09 Rev.1 Settembre 2013

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE DEL SIG/RA …… ……
Cognome *Nome*
CODICE FISCALE …… TEL. ……
DATA DI NASCITA …… LUOGO DI NASCITA …… PROV. ……
RESIDENTE A …… VIA …… N° …… PROV. ……

DATA RICHIESTA ……RICHIESTA N° …… ☐ SOLVENTE ☐ SSN

FIRMA RICHIEDENTE

☐ PAZIENTE …… ☐ TUTORE ……

☐ DELEGATO …… (Vedi Delega Retro)

☐ MEDICO (della Casa di Cura)…… ☐ ALTRO ……

OGGETTO della RICHIESTA

CARTELLA CLINICA N° ……U.O. …… GIORNO …… MESE …… ANNO ……	N° COPIE RICHIESTE ……	VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE FATTURA N° …… DEL ……
CARTELLA CLINICA N° ……U.O. …… GIORNO …… MESE …… ANNO ……	N° COPIE RICHIESTE ……	
CARTELLA CLINICA N° ……U.O. …… GIORNO …… MESE …… ANNO ……	N° COPIE RICHIESTE	
CARTELLA CLINICA N° ……U.O. …… GIORNO …… MESE …… ANNO ……	N° COPIE RICHIESTE	

RADIOGRAMMA …… DATA ESAME …… RADIOGRAMMA …… DATA ESAME …… TAC …… …DATA ESAME …… RMN …… DATA ESAME …… MAMMOGRAFIA …… DATA ESAME …… ECOGRAFIA …… DATA ESAME ……	N° COPIE RICHIESTE …… N° COPIE RICHIESTE …… N° COPIE RICHIESTE …… N° COPIE RICHIESTE …… N° COPIE RICHIESTE …… N° COPIE RICHIESTE ……	VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE FATTURA N° …… DEL ……

REFERTI AMBULATORIALI (PRESTAZIONE) …… …… …… DATA REFERTO/PRESTAZIONE ……	N° COPIE RICHIESTE ……	VERSAMENTO PER COPIE CONFORMI ALL'ORIGINALE FATTURA N° …… DEL ……

AUTORIZZO AL RILASCIO ☐ SI ☐ NO	FIRMA DIRETTORE SANITARIO
DATA RITIRO DA ARCHIVIO ……	FIRMA OPERATORE

DESTINAZIONE ☐ RICHIESTA ESTERNA ☐ RICHIESTA INTERNA (UNITÀ OPERATIVA ……)

MODALITÀ' DI RITIRO DELLA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

☐ **CONSEGNA DIRETTA**
- ☐ AL PAZIENTE (FIRMA PER RICEVUTA) ……
- ☐ AL TUTORE (FIRMA PER RICEVUTA) ……
- ☐ AL DELEGATO (FIRMA PER RICEVUTA) ……)

☐ **SPEDIZIONE POSTALE**

Il servizio prevede il rimborso spese postali, da pagare presso gli sportelli dell'Ufficio Accettazione-Cassa al momento del pagamento della prestazione sanitaria

FIRMA PER RICHIESTA INVIO per SPEDIZIONE POSTALE ……

DATA RITIRO / SPEDIZIONE …… FIRMA OPERATORE ……

DATA RIENTRO IN ARCHIVIO …… FIRMA OPERATORE ……

>>>

Fondazione Teresa Camplani Casa di Cura S. CLEMENTE	**RICHIESTA di COPIA di CARTELLA CLINICA e DOCUMENTAZIONE SANITARIA RADIOGRAMMI e IMMAGINI DIAGNOSTICHE**	M-PADS10-09 Rev.1 Settembre 2013

Presentarsi allo sportello muniti di documento d'identità

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. (_____)
Residente a _____ Prov. (_____) Via _____
Documento di riconoscimento _____ N° _____

Ai sensi della vigente normativa e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero

DELEGA

A) Il Sig/la Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____ ____Prov. (_____)

Residente a _____ Prov. (_____) Via _____

Documento di riconoscimento _____ N° _____

B) La Spett. Assicurazione_____

Referente Assicurazione Sig._____

Via_____n.___Comune_____Prov____Tel_____

(spazio da compilarsi a scelta del paziente in caso di titolarità di contratto di assicurazione)

□ alla **RICHIESTA** □ cartella clinica
□ radiogrammi
□ al **RITIRO** □ documentazione sanitaria

relativamente all'episodio di:
ricovero nel Reparto di _____ dal _____al _____
ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____
prestazione ambulatoriale di _____del _____
prestazione ambulatoriale di _____del _____

Data _____ Firma _____