

RICHIESTA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

da trasmettere via mail a cartelle.cliniche.buzzi@asst-fbf-sacco.it, allegando la scansione fronte-retro del documento di identità in corso di validità del richiedente

La prima copia è gratuita (le successive copie sono a pagamento per informazioni scrivere alla mail sopra indicata)

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Documento di identità _____ n° _____

Rilasciato da _____ il _____

Telefono _____ mail _____

in qualità di

- ☐ Intestatario della documentazione sanitaria
- ☐ Genitore esercente la patria potestà
- ☐ Tutore (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore)
- ☐ Avente diritto in caso di decesso dell'interessato (compilare il RIQUADRO 1)
- ☐ Delegato (compilare il RIQUADRO 2)

CHIEDE

la copia della seguente documentazione sanitaria, relativa al paziente

Sig./Sig.ra NOME COGNOME nato/a a
..... Prov. il

- ☐ COPIA DELLA CARTELLA CLINICA (RICOVERO) dal _____ al _____ presso l'U.O.
_____ cartella clinica n. _____
- ☐ COPIA DELLA CARTELLA CLINICA (RICOVERO) dal _____ al _____ presso l'U.O.
_____ cartella clinica n. _____
- ☐ COPIA DELLA CARTELLA CLINICA (RICOVERO) dal _____ al _____ presso l'U.O.
_____ cartella clinica n. _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CARTELLE CLINICHE/REFERTI

N. PRATICA:/.....

DOCUMENTAZIONE
ARCHIVIATA

N.	DOCUMENTO	PREZZO
	Copia conforme cartella clinica (entro 5 anni dalla dimissione)	€ 18,00
	Copia conforme cartella clinica (oltre 5 anni dalla dimissione)	€ 36,00
	Referto/Documentazione ambulatoriale-Verbale di Pronto Soccorso	€ 5,00

Data Firma del richiedente

La cartella/documentazione potrà essere ritirata presso gli sportelli ritiro referti del PO Buzzi dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 12,30 e dalle 13 alle 16

IN CASO DI RICHIESTA DI CONSEGNA A DOMICILIO:

Il/La sottoscritto/a chiede che la documentazione sanitaria
 ivi richiesta venga inviata al seguente indirizzo, con pagamento in contrassegno (ulteriore
 costo per spese di spedizione oltre la somma già pagata per la copia cartella) COGNOME
 DESTINATARIO.....

NOME DESTINATARIO

VIA/PIAZZA N. CIVICO

CAP COMUNE PROV.

Firma del richiedente

NOTA BENE:

- 1) La ricevuta del pagamento dell'importo dovuto deve essere allegata alla presente richiesta. Il pagamento può essere effettuato presso lo sportello CUP dell'Ospedale Buzzi o mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate:- ASST FATEBENEFRATELLI SACCO – OSPEDALE “VITTORE BUZZI”
 - Intesa Sanpaolo –Filiale Corso Sempione 65/A –MILANO
 - IBAN: IT04W0306901603100000046207
 - Causale Richiesta copia cartella/referto *Cognome Nome del paziente*.
In caso di bonifico bancario allegare la distinta della banca, in cui sia riportato il CRO.
- 2) Il mancato ritiro entro mesi 6 dall'approntamento comporterà l'invio alla distruzione della copia prodotta.



RIQUADRO 1

Autocertificazione da compilare in caso di decesso dell'utente interessato
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a nato/a a
prov. il residente a prov. CAP
via/piazza n. C.F.

dichiara

- che il/la Sig./Sig.ra, del quale si inoltra richiesta della documentazione sanitaria, è deceduto/a in data
- di inoltrare la presente richiesta in qualità di.....
(specificare il grado di parentela con l'interessato);
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Data

Firma

RIQUADRO 2

Delega alla richiesta/ritiro di copia della documentazione sanitaria

Il/La sottoscritto/a nato/a a
Prov. il residente a Prov.
CAP via/piazza n. C.F.

delega

il/la Sig./Sig.ra, nato/a a Prov.
il

☐ alla richiesta

☐ al ritiro

della propria documentazione sanitaria.

Si allega copia del proprio documento di identità.

Data

Firma