

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Tel. 02/39043535 - Fax. 02/39043533

Gentile Utente,

in questo foglio sono riportate alcune notizie utili circa le modalità di richiesta e rilascio delle copie della documentazione sanitaria che desideriamo portare alla Sua attenzione.

- La richiesta di rilascio di copia della cartella clinica può essere presentata presso l'Ufficio Ricoveri, situato nella sala d'attesa del Pronto Soccorso. L'orario di apertura dello sportello è previsto dalle ore 08.00 alle ore 16.00, dal lunedì al venerdì.
- Le persone aventi diritto al rilascio di copia della documentazione sanitaria sono, oltre all'interessato:
 - l'esercente la potestà o la tutela, in caso di minorenni o incapace;
 - un delegato dall'interessato;
 - uno degli eredi diretti (in caso di decesso della persona a cui la documentazione si riferisce):
 - coniuge e figli;
 - in loro mancanza, i genitori;
 - in mancanza dei suddetti, i fratelli;
 - in mancanza delle persone di cui ai punti precedenti, i parenti fino al 6° grado.
- In caso di domanda presentata da persona diversa dall'interessato, la richiesta – così come la consegna – della documentazione potrà essere effettuata esclusivamente dietro presentazione di delega formale e copia di un documento di identità dell'interessato nonché esibizione di un documento di identità del delegato. Il documento di identità (carta d'identità, patente di guida, passaporto) deve essere in corso di validità.
- Il pagamento è da effettuarsi al momento stesso della richiesta – secondo le tariffe base in vigore (v. retro) – da integrare, eventualmente, al momento del ritiro. L'entità dell'integrazione verrà comunicata dal personale addetto alla consegna e sarà da effettuare presso l'Ufficio Ricoveri.
- La consegna della documentazione sanitaria avverrà presso l'Ufficio Ritiro Referti, situato nella portineria all'entrata del Presidio Ospedaliero, aperto dal lunedì al venerdì con orario 08.00-16.00 (tel. 02/39042225).
- Il ritiro potrà avvenire, di norma, a partire dal 30° giorno successivo alla richiesta, dietro esibizione della ricevuta di pagamento rilasciata all'interessato dall'Ufficio Ricoveri al momento della presentazione della richiesta.
- Per informazioni, rivolgersi all'archivio cartelle cliniche al numero tel. 02/39042837 (lunedì-venerdì, negli orari 9.30/12.00 e 14.00/15.00).

Milano, 01 gennaio 2019

Il Direttore Medico di Presidio

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Tel. 02/39043535-3539 - Fax. 02/39043533

TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

COPIA CARTELLA CLINICA RICOVERO (compresa l'eventuale domiciliazione)	▪ fino a 200 pagine	€ 20,00
	▪ oltre 200 pagine	€ 30,00
COPIA CARTELLA CLINICA DAY HOSPITAL		€ 10,00
COPIA CARTELLA AMBULATORIALE		€ 8,00
COPIA VERBALE PRONTO SOCCORSO		€ 8,00



RICHIESTA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il residente a Via

tel. doc. identità

in qualità di diretto interessato delegato (v. retro)

avente diritto in caso di decesso dell'interessato (v. retro)

CHIEDE

copia della cartella clinica relativa al ricovero del/lla Sig./Sig.ra

presso la U.O. dal al

cartella clinica N.

presso la U.O. dal al

cartella clinica N.

Data

Firma

Il/La sottoscritto/a chiede che la propria documentazione sanitaria venga inviata al proprio domicilio mediante e, in questo caso, autorizza l'Azienda Ospedaliera anche ai fini delle norme sulla tutela della privacy (Legge 196/2003).

Firma



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	
il residente a CAP	
Via C.F.	
dichiara	
1	<ul style="list-style-type: none"> • che il Sig./Sig.ra, del quale si inoltra richiesta della documentazione sanitaria, è deceduto in data • di inoltrare la presente richiesta in qualità di (specificare grado di parentela con l'interessato). <p>Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.</p> <p>Data Firma</p>

Il sottoscritto (cognome, nome e qualifica del pubblico impiegato)

a norma dell'art. 1, comma 1, lettera I, D.P.R. 445/2000, attesta che la firma in calce alla dichiarazione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante mediante documento esibito per l'identificazione rilasciato da in data

Data Firma per esteso

Si allega (nel caso in cui il presente modulo non venga firmato in presenza del dipendente suddetto, ovvero trasmesso per fax o per via telematica) copia del seguente documento di identità

Delega alla richiesta/ritiro di copia della documentazione sanitaria	
Il/La sottoscritto/a nato/a a	
il residente a CAP	
Via C.F.	
delega	
il Sig./Sig.ra, nato/a a	
il alla richiesta e al ritiro della propria documentazione sanitaria.	
Allega copia del proprio documento di identità.	
Data Firma	