

MODULO RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

da inviare a cartelle.cliniche.buzzi@asst-fbf-sacco.it. Nella mail il richiedente deve allegare una scansione fronte-retro del suo documento di identità, in corso di validità.

Si prega di compilare la richiesta in forma chiara e leggibile in tutte le sue parti.

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Documento di identità _____ n° _____

Rilasciato da _____ il _____

Telefono _____

IN QUALITA' DI:

Intestatario della documentazione sanitaria richiesta

Genitore esercente la patria potestà

Tutore – (In questo caso allegare alla richiesta una copia della sentenza attestante lo stato di tutore).

Avente diritto in caso di decesso dell'interessato - (In questo caso compilare il RIQUADRO 1)

Delegato – (In questo caso compilare il RIQUADRO 2)

CHIEDE:

copia della documentazione sanitaria seguente, relativa al paziente:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

• Copia della Cartella di ricovero n° _____
dal _____ al _____ presso l'U.O. _____

• Copia della Cartella di ricovero n° _____
dal _____ al _____ presso l'U.O. _____

- Copia della Cartella di ricovero n° _____
dal _____ al _____ presso l'U.O. _____
- Copia della Cartella di ricovero n° _____
dal _____ al _____ presso l'U.O. _____
- Copia del Referto/documentazione ambulatoriale – Verbale di pronto soccorso del
giorno _____

Data _____ Firma del richiedente _____

COSTO DEL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

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

RECAPITO DELLA CONSEGNA:

Il/La sottoscritto/a _____ chiede che la documentazione sanitaria
ivi richiesta venga inviata all'indirizzo sottostante. Il pagamento è in contrassegno.

Nome _____

Cognome _____

Via/piazza _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

Firma del richiedente _____

Nota Bene:

1) La ricevuta del pagamento dell'importo dovuto va allegata alla presente richiesta. Il pagamento può essere effettuato presso lo sportello C.U.P. dell'Ospedale Buzzi o mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate:

- ASST FATEBENEFRATELLI SACCO – OSPEDALE “VITTORE BUZZI”
- BPER BANCA S.p.A.
- IBAN: IT47A0538701615000042209922
- Causale: Richiesta copia cartella/referto Cognome Nome del paziente.

In caso di bonifico bancario allegare la distinta della banca, con riportato il CRO.

2) Il mancato ritiro entro mesi 6 dall'approntamento della documentazione comporterà l'invio alla distruzione della copia prodotta.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CARTELLE CLINICHE/REFERTI	
N. PRATICA: _____ / _____	<input type="checkbox"/> DOCUMENTAZIONE ARCHIVIATA



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 _____