



DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Tel. 02/3904.3535 – Fax 02/3904.3533

UFFICIO CARTELLE CLINICHE
Tel. 02/3904.2837
cartelle.cliniche.sacco@asst-fbf-sacco.it

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

CHI PUO' CHIEDERE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA E/O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA?

Le persone aventi diritto al rilascio di copia della documentazione sanitaria sono:

- Il diretto interessato;
- 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.
- l'esercente la potestà o la tutela, in caso di minorenni o incapace;
- l'amministratore di sostegno.

QUALI SONO I DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA?

- Diretto interessato
 - Modulo di richiesta (pag.3);
 - copia fronte/retro di un documento d'identità;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria.
- Un delegato dall'interessato
 - Modulo di richiesta (pag.3);
 - copia fronte/retro di un documento d'identità del richiedente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente;
 - copia fronte/retro di un documento d'identità del paziente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria del paziente;
 - delega a firma del paziente (pag.4, modulo 2). In caso di procura da parte dell'interessato, allegare anche l'atto di procura.
- Uno degli eredi diretti (in caso di decesso della persona a cui la documentazione si riferisce)
 - Modulo di richiesta (pag.3);
 - copia fronte/retro di un documento d'identità del richiedente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente;
 - copia fronte/retro di un documento d'identità del paziente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria del paziente;
 - (in mancanza dei documenti del paziente in corso di validità va inviato l'atto di morte).
 - autocertificazione di decesso (pag.4, modulo 1).
- L'esercente la potestà o la tutela, in caso di minorenni o incapace
 - Modulo di richiesta (pag.3);
 - copia fronte/retro di un documento d'identità del richiedente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o tessera sanitaria del paziente minorenne.
- Amministratore di sostegno
 - Modulo di richiesta (pag.3);
 - copia fronte/retro di un documento d'identità del richiedente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente;
 - copia fronte/retro di un documento d'identità del paziente;
 - copia fronte/retro del codice fiscale o della tessera sanitaria del paziente;
 - provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del tribunale.

A CHI PRESENTARE LA RICHIESTA?

ATTENZIONE: IN CASO DI DOCUMENTAZIONE ERRATA O MANCANTE NON SI PROCEDERÀ CON LA RIPRODUZIONE RICHIESTA.

La richiesta di rilascio di copia della cartella clinica può essere presentata:

- presso lo sportello dell'Ufficio Ricoveri, situato all'ingresso c/o Portineria centrale. L'orario di apertura dello sportello è previsto dalle ore 08.00 alle ore 12.30 e dalle ore 13.00 alle ore 16.00, dal lunedì al venerdì;
- via posta elettronica all'indirizzo cartelle.cliniche.sacco@asst-fbf-sacco.it (NON ABILITATO ALLA RICEZIONE DI PEC)

ATTENZIONE: I FILE DI IMMAGINI POSSONO ESSERE BLOCCATI DAL SISTEMA. SI RACCOMANDA DI INVIARE I DOCUMENTI IN FORMATO PDF, PREFERIBILMENTE IN UN UNICO FILE ED UNICA EMAIL.

COME E' POSSIBILE PAGARE?

Il pagamento può essere effettuato:

- allo sportello dell'Ufficio Ricoveri contestualmente alla richiesta di cartella clinica;
- il giorno del ritiro della cartella clinica (in questo caso l'utente dovrà recarsi allo sportello dell'Ufficio Ricoveri per il pagamento e successivamente potrà ritirare la cartella clinica presso l'Ufficio Ritiro Referti, situato nella portineria all'entrata del Presidio Ospedaliero, aperto dal lunedì al venerdì con orario 08.00 alle 12.30 e dalle 13.00 alle 16.00 (tel. 02/3904.2225));
- in contrassegno: in caso di spedizione le spese sono a carico del richiedente e andranno ad aggiungersi alle tariffe sotto riportate.

Le tariffe per il rilascio della documentazione sanitaria sono esplicitate nella seguente tabella:

COPIA CARTELLA CLINICA RICOVERO	<ul style="list-style-type: none">• fino a 200 pagine• oltre 200 pagine	€ 20,00 € 30,00
COPIA CARTELLA CLINICA DAY HOSPITAL		€ 10,00
COPIA CARTELLA AMBULATORIALE	<ul style="list-style-type: none">• fino a 50 pagine• oltre 50 pagine	€ 5,00 € 10,00
COPIA VERBALE PRONTO SOCCORSO		€ 5,00

COME FUNZIONA IL RITIRO?

ATTENZIONE: NON E' POSSIBILE INVIARE CARTELLE CLINICHE IN FORMATO DIGITALE MEDIANTE POSTA ELETTRONICA

Il ritiro potrà avvenire, di norma, a partire dal 30° giorno successivo alla data di richiesta, dietro esibizione della ricevuta di pagamento rilasciata all'interessato dall'Ufficio Ricoveri.

In caso di domanda presentata da persona diversa dall'interessato, la consegna della documentazione potrà essere effettuata esclusivamente dietro presentazione di delega formale e copia di un documento di identità del delegato. Il documento di identità (carta d'identità, patente di guida, passaporto) deve essere in corso di validità.

DOVE POSSO CHIEDERE ALTRE INFORMAZIONI?

- Per informazioni, rivolgersi all'Archivio Cartella Cliniche al numero tel. 02/3904.2837 (lunedì-venerdì, negli orari 9.30/12.00 e 14.00/15.00) – e-mail: cartelle.cliniche.sacco@asst-fbf-sacco.it



All'Ufficio Ricoveri

All'Ufficio Cartelle Cliniche

email: cartelle.cliniche.sacco@asst-fbf-sacco.it

(NON ABILITATO ALLA RICEZIONE DI PEC)

RICHIESTA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a..... nato a

il residente a Via CAP.....

tel. doc. identità N.

e-mail.....

(IN STAMPATELLO, necessaria per comunicazioni sullo stato della pratica.)

in qualità di:

- diretto interessato;
- delegato (compilare delega pag. 4, modulo 2). In caso di procura da parte dell'interessato, allegare anche l'atto di procura.
- avente diritto in caso di decesso dell'interessato (coniuge e/o figli; in loro mancanza, i genitori; in mancanza dei suddetti, fratelli; in mancanza delle persone anzidette, i parenti fino al 6° grado) che agisce in nome e per conto degli altri coeredi.
- genitore esercente la patria potestà;
- amministratore di sostegno.

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. (**)

(*) Unità operativa, reparto di dimissione/decesso.

(**) Indicato sul foglio di dimissione.

Data..... Firma.....

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI SPEDIZIONE

Il/la sottoscritto/a..... chiede che la propria documentazione sanitaria venga inviata al proprio domicilio:

Via..... CAP Città..... Prov.....

mediante CONTRASSEGNO POSTALE e, in questo caso, autorizza l'ASST Fatebenefratelli Sacco anche ai fini delle norme sulla tutela della privacy (Legge 196/2003), consapevole che il costo di spedizione andrà ad aggiungersi al costo della cartella (secondo tariffa riportata a pag.2). Dichiara altresì di sollevare l'ASST Fatebenefratelli Sacco da qualsiasi responsabilità inerente il ritardo nella consegna, il danneggiamento, il deterioramento e lo smarrimento dei suddetti documenti dal momento successivo alla consegna dei medesimi nelle mani del personale di POSTE ITALIANE.

Firma.....



1	Autocertificazione da compilare in caso di decesso dell'utente interessato (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000)
	<p>Il sottoscritto/a nato a..... il..... residente a..... CAP Via C.F.</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>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). 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>

2	Delega alla richiesta/ritiro di copia della documentazione Sanitaria (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000)
	<p>Il/la sottoscritto/a nato/a il residente a CAP..... Via C.F.</p> <p style="text-align: center;">DELEGO</p> <p>il Sig./Sig.ra, nato/a a il alla richiesta e al ritiro della propria documentazione sanitaria. Allega copia del proprio documento di identità.</p> <p>Data Firma</p>

DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO RICOVERI

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:

.....