

Data richiesta _____ Data consegna _____
RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA ALL'AZIENDA USL DI PIACENZA

IL TITOLARE DELLA CARTELLA (scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

☎ _____ cellulare _____ email _____

Il/la SIG/SIG.RA _____

in qualità di: Genitore Erede Tutore Delegato

del titolare della Cartella Clinica sopra indicato

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____

☎ _____ cellulare _____ email _____

ALLEGARE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA O DELEGA

CHIEDE il RILASCIO di: **COPIA CARTELLA CLINICA**

Copia referto P.S. Copia Diario Ambulatoriale Copia Cartellino d'intervento del 118

*Per ricovero avvenuto presso il **Presidio Ospedaliero della VAL TIDONE***

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dell'Operatore di Sportello

PASSAGGI INTERNI _____ in data _____; _____ in data _____

U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dell'Operatore di Sportello

PASSAGGI INTERNI _____ in data _____; _____ in data _____

PER ULTERIORI RICOVERI VEDI RETRO

per uso: personale, medico, assicurativo, legale, altro _____

Specificare se la richiesta è URGENTE: SI + € 15.00 x n° nosologico NO

Le richieste urgenti NON POTRANNO ESSERE EVASE (se non come cartella incompleta) in caso di:

- **RICOVERO IN CORSO O DIMISSIONE AVVENUTA DA UNA SETTIMANA**
- **VISITE DI CONTROLLO O ESAMI GIA' PROGRAMMATI NON ANCORA EFFETTUATI**
- **ESITI ESAMI NON ANCORA PERVENUTI (es. istologici)**

FIRMA (DEL RICHIEDENTE) _____

Documento del Richiedente _____ N. _____ del _____

La richiesta è stata accettata dall'operatore _____

Il/la sottoscritto/a, esonerando l'Azienda USL di Piacenza da eventuali responsabilità, **AUTORIZZA LA CONSEGNA IN BUSTA CHIUSA**, di copia della Cartella Clinica/documentazione sanitaria **al Sig./ra** _____ **nato/a il** _____ **che con la presente delego al ritiro. Sono informato che il delegato dovrà essere munito di valido documento di riconoscimento e di ricevuta di avvenuto pagamento.**

FIRMA (DEL RICHIEDENTE LA CARTELLA CLINICA) _____

Documento del Delegato _____ N. _____ del _____

DATA (ritiro copia cartella) _____ **FIRMA** (per ricevuta di chi ritira) _____

ULTERIORI RICOVERI OLTRE A QUELLI GIA' INDICATI SUL FRONTE:**Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero della VAL TIDONE**U.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dell'Operatore di SportelloU.O. _____ in data _____ N° nosologico _____
a cura dell'Operatore di Sportello

Le richieste, debitamente compilate, accompagnate da fotocopia di un documento di identità del richiedente possono essere inviate con il fax al n.0523/880457 o con posta elettronica certificata all'indirizzo contatinfo@pec.ausl.pc.it

Il pagamento anticipato dovrà essere fatto con MAV bancario inviato dall'Ufficio Cartelle Cliniche con mail o fax, non appena verrà stabilito l'importo che varia in funzione del numero delle pagine.

I costi per ogni singolo numero nosologico (ricovero) sono:

CARTELLA ORDINARIA € 15,00 fino a 100 fogli € 22,00 con oltre 100 fogli

SUPPLEMENTO URGENZA € 15,00

COPIA REFERTO DI PRONTO SOCCORSO € 8,00

COPIA DI REFERTO DI RISCONTRO DIAGNOSTICO € 8,00

COPIA DI DIARIO AMBULATORIALE € 8,00

COPIA CARTELLINO INTERVENTO 118 € 8,00

Alla presentazione della richiesta dovrà essere versato l'importo di € 15,00 per ogni copia di cartella richiesta e di € 8,00 per copia Referto Pronto Soccorso, Diario Ambulatoriale e Referto Riscontro Diagnostico

Il SOTTOSCRITTO _____ CHIEDE, ESONERANDO L'AUSL DI PIACENZA DA EVENTUALI RESPONSABILITA', LA SPEDIZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

(NOMINATIVO DESTINATARIO) _____

Via _____ n° _____ Città _____ CAP _____

Firma _____

Il/la richiedente dichiara di essere stato/a debitamente informato/a sulle modalità di richiesta, di ritiro, sui tempi e sui costi per il rilascio della Copia di Cartella Clinica che mi assumo. Le spese postali (raccomandata A.R.) sono a mio completo carico e verranno pagate anticipatamente.

L'addebito della spedizione al domicilio con Raccomandata A.R. può variare in funzione del peso con un importo minimo di € 8,00 al quale va aggiunto il costo della riproduzione sopra riportato