

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 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 D'ARDA***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 RETROper 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 GIÀ INDICATI SUL FRONTE:**Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero della VAL D'ARDA**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 UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE, POSSONO ESSERE INVIATE VIA FAX AL N° 0523/989688 o TRAMITE POSTA CERTIFICATA al seguente indirizzo: contatinfo@pec.ausl.pc.it

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 RESPONSABILITÀ, 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 € 10,00 al quale va aggiunto il costo della riproduzione sopra riportato