

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 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 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 fotocopia di un documento di identità del richiedente, possono essere inviate con fax al n. 0523/989688 o con posta elettronica certificata all'indirizzo: [contatinfo@pec.ausl.pc.it](mailto: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 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 € 8,00 al quale va aggiunto il costo della riproduzione sopra riportato**