

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**C H I E D E 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 V A L D ' A R D A**

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 GIA' INDICATI SUL FRONTE:

Per ricovero avvenuto presso il Presidio Ospedaliero della V A L D ' A R D A

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

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

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

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

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

LE RICHIESTE, DEBITAMENTE COMPILE, ACCOMPAGNATE DA UNA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' 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

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