



RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

REV. 06

DEL 01/10/19
MOD.06
ACC.DEG

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE DEL SIG. _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV _____

RESIDENTE A _____ PROV _____

VIA _____ N° _____ TEL _____

DATA RICHIESTA _____

RICHIESTA N° _____

RICHIEDENTE (FIRMA) :

PAZIENTE _____ ALTRO _____

RICHIESTA DI

PRIMA COPIA CARTELLA GRATUITA

CARTELLA CLINICA N° _____ U.O. _____ N° COPIE RICHIESTE 01

GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____

CARTELLA CLINICA N° _____ U.O. _____ N° COPIE RICHIESTE _____

GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____

FATTURA N° _____

DEL _____

ESAME _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTA N° _____

ESAME _____ DATA ESAME _____ COPIE RICHIESTA N° _____

FATTURA N° _____

DEL _____

AUTORIZZO AL RILASCIO NO

SI

FIRMA DIRETTORE SANITARIO _____

MODALITÀ DI RITIRO DELLA COPIA (CONFORME ALL'ORIGINALE)

CONSEGNA DIRETTA: AL PAZIENTE (FIRMA) _____

AL DELEGATO (FIRMA) _____

SPEDIZIONE POSTALE DATA RITIRO/SPEDIZIONE: _____

Indirizzo di spedizione: _____

Fondazione Teresa Camplani la informa che la documentazione sarà inviata tramite il servizio di uno spedizioniere terzo e sarà consegnata alla persona presente all'indirizzo indicato, che potrà essere anche diversa dal richiedente.

DATA ARRIVO CRT IN ACCETTAZIONE _____

DATA VISTO DIREZIONE SANITARIA _____

DATA FOTOCOPIA CARTELLA _____

FIRMA OPERATORE _____

DATA RIENTRO IN ARCHIVIO: _____

FIRMA OPERATORE _____

I dati da Lei forniti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) anche tramite soggetti esterni al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti connessi al rapporto di cura come da informativa da Lei ricevuta in fase di accesso. Copia integrale dell'informativa può essere sempre richiesta presso le nostre sedi.



DELEGA PER RICHIESTA E RITIRO DI
CARTELLA CLINICA
e
DOCUMENTAZIONE SANITARIA

REV. 00
DEL 01/08/12
MOD.17
ACC.DEG

Presentarsi allo sportello muniti di copia del documento d'identità del delegante e del delegato

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. (_____)

Residente a _____ Prov. (_____) Via _____

Ai sensi della vigente normativa e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero

DELEGA

A) Il Sig/la Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. (_____)

Residente a _____ Prov. (_____) Via _____

B) La Spett. Assicurazione _____

Referente Assicurazione Sig. _____

Via _____ n. _____ Comune _____ Prov (_____)

Tel _____

(spazio da compilarsi a scelta del paziente in caso di titolarità di contratto di assicurazione)

alla RICHIESTA al RITIRO

cartella clinica

documentazione sanitaria

relativamente all'episodio di:

ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____

Data _____ Firma del Delegante _____

Firma del Delegato _____