



amministrazione@casadicuravillaelena.it

RICHIESTA CARTELLA CLINICA E/O DOCUMENTAZIONE SANITARIA
DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome Nome Richiedente) (Codice Fiscale Richiedente)

Nato/a il _____
(Luogo, Prov di Nascita del Richiedente) (Data Nascita del Richiedente)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n. civico)

Doc. di identificazione _____
(Tipo e n. documento di identità)

In qualità di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diretto Interessato; | <input type="checkbox"/> Genitore/Tutore del minore; |
| <input type="checkbox"/> Tutore dell'interdetto; | <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno; |
| <input type="checkbox"/> Erede | <input type="checkbox"/> _____ |

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme della seguente documentazione sanitaria

- ☐ Duplicato Cartella Clinica
☐ Immagini Iconografiche in visione (Lastre)
☐ Duplicato Immagini Iconografiche (CD)

DATI INTESTATARIO

Intestata/e a: Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
(Cognome Nome Intestatario) (Luogo, Prov di Nascita Intestatario)

il _____ C.F. _____
(Data Nascita Intestatario) (Codice Fiscale Intestatario)

residente a _____ doc. di identificazione _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico) (tipo e n. documento di identità)

relativa al ricovero

il **REPARTO** dove è avvenuto il ricovero _____

Specificare il **PERIODO** in cui è avvenuto il ricovero _____

Specificare il **MOTIVO** per cui si richiede la documentazione sopra indicata _____

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:

"Eventuali richieste di presa visione o rilascio di copia della cartella clinica e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è giustificata dalla documentata necessità di a) esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 9, par.2, lettera f) del

Regolamento, di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale."

Il richiedente/intestatario **ALLEGA** alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio diritto/interesse ad ottenere copia della cartella clinica e/o delle immagini diagnostiche ad essa collegate:

- ☐ Fotocopia **documento d'identità dell'intestatario** della cartella clinica;
- ☐ Fotocopia **documento d'identità del richiedente** della cartella clinica ;
- ☐ Originale della **delega scritta**;
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 445/00 oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/00 attestante la qualità di erede;
- ☐ **Altro** _____

☐ **Copia bonifico bancario**

Il richiedente/intestatario, si impegna al **pagamento immediato**, al momento della richiesta, dei seguenti costi di rilascio della documentazione sanitaria sopra richiesta:

- ☐ Richiesta Duplicato Cartella Clinica € 35,00 cad.;
- ☐ Richiesta Visione Immagini Iconografiche (Lastre) caparra € 100,00 cad.;
- ☐ Richiesta Duplicato Immagini Iconografiche € 20,00 a CD;
- ☐ Spese di Spedizione se richiesta €15,00.

Tramite bonifico bancario da effettuare presso :

Banco di Sardegna di Cagliari iban IT40K0101504802000070024447

"Il richiedente/intestatario, dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e di essere consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti sotto la propria responsabilità e conferma la veridicità di quanto sopra riportato".

N.B.: Il ritiro della fotocopia di cartella clinica deve essere effettuato entro e non oltre il termine massimo di 3 mesi dall'effettiva richiesta scritta, trascorsi i quali la copia richiesta verrà distrutta con le modalità indicate dalle norme di legge.

(Luogo e data)

Firma del intestatario/richiedente)

PER IL SERVIZIO ACCETTAZIONE

° La presente istanza è stata presentata dall'intestatario della cartella clinica in data _____;

° La presente istanza è stata presentata dal Sig. _____ in data _____ unitamente alla delega scritta e alla fotocopia del documento d'identità del richiedente.

L'Incaricato del Servizio Accettazione

DELEGA AL RILASCIO DI CARTELLA CLINICA E/O DELLE RELATIVE IMMAGINI

Il/La sottoscritto/a (1) _____

(Cognome Nome Intestatario CC)

(Codice Fiscale Intestatario CC)

Nato/a _____ il _____

(Luogo Prov di Nascita dell'intestatario)

(Data Nascita dell'intestatario)

Residente a _____

(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)

Doc. di identificazione _____

(tipo e n. documento di identità)

Ricoverato dal _____ al _____ Presso la Struttura _____

Reparto _____ Medico Curante _____

DELEGA

Il/La Signore/a (2) _____

(Cognome Nome Delegato) (Codice Fiscale Delegato)

Nato/a _____ il _____

(Luogo, Prov di Nascita del Delegato)

(Data Nascita del delegato)

Residente a _____

(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)

Doc. di identificazione _____

(tipo e n. documento di identità)

A RICHIEDERE E/O RITIRARE

copia autentica della seguente documentazione sanitaria, relativa alla degenza sopra indicata:

	RICHIEDERE	RITIRARE
<input type="checkbox"/> Duplicato Cartella Clinica; <input type="checkbox"/> Immagini Iconografiche (Lastre) in visione; <input type="checkbox"/> Duplicato immagini Iconografiche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e **ALLEGA** alla presente copia fotostatica del documento di identità sopra indicato (2).

(Luogo e data)_____
(Firma)

(1) Al momento della richiesta il delegato dovrà rilasciare **fotocopia documento d'identità del delegante**. (2) Al momento della richiesta il delegato dovrà rilasciare **fotocopia documento d'identità**.

DICHIARAZIONE RITIRO CARTELLA CLINICA E IMMAGINI CORRELATE

PER IL SERVIZIO DI ACCETTAZIONE

Cartella Clinica _____ ☐ RX ☐ TAC ☐ RM ☐ ALTRO _____ intestata a

_____, richiesta il

_____, spedita con raccomandata A/R

N. _____,

L'Incaricato del Servizio Accettazione

Il/La sottoscritto/a _____

(Cognome Nome) (Codice Fiscale)

Nato/a _____ il _____

(Luogo, Prov di Nascita) (Data Nascita)

Residente a _____

(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)

Doc. di identificazione _____

(tipo e n. documento di identità)

DICHIARA

di ricevere la consegna in busta chiusa con la dicitura **“Riservata personale”** della cartella clinica e delle immagini ad essa correlate come sopra indicato e s’impegna ad utilizzare i dati in essa indicati nel rispetto dei principi di cui al Regolamento Europeo 2016/679 ed alla restituzione, di eventuali lastre richieste in visione, nel termine massimo di tre mesi dalla consegna.

(Luogo e data)_____
(Firma)