

Egr. Utente,

al fine di rilasciarLe copia di cartella clinica, riferita al suo ricovero, e/o esami radiografici, è necessario che compili in maniera accurata il modulo a tergo in ogni sua parte, presentandolo:

di persona presso l'ufficio "Referti", situato al piano terra dell'ospedale a fianco della portineria, previo pagamento di quanto dovuto (€18,00 per ogni copia di cartella clinica richiesta, €12,00 per ogni copia di prestazioni ambulatoriali, di verbali di P.S., di referti radiologici o di laboratorio, copia di cd radiologico, E. 12,00 per la riproduzione di lastre radiologiche e di €50,00 di cauzione per il prestito di esami radiologici **solo per esami eseguiti prima del 04/05/2014**);

tramite invio di fax al numero 0376517974. Il fax dovrà essere preceduto da una cover con l'indicazione di "Riservato" ed intestato al C.U.P. Unitamente alla richiesta deve essere inviata copia di documento d'identità del richiedente e copia dell'avvenuto pagamento di quanto dovuto. Il pagamento può essere effettuato, direttamente al C.U.P. o tramite bonifico sul c/c bancario presso la Banca Cremasca Mantovana, filiale di Suzzara codice IBAN IT76M0707658010000000270834 S.p.A. indicando come causale "richiesta copia documentazione sanitaria".

Copia della cartella clinica ed esami radiografici saranno rilasciati solamente previa corretta compilazione del modulo e previo pagamento di quanto dovuto.

Si rende noto, altresì, che le copie delle cartelle cliniche verranno rilasciate entro 45 gg dalla data della richiesta, mentre le radiografie entro 15 gg.

Le copie delle cartelle cliniche richieste in regime di urgenza potrebbero non essere complete, ad esempio per esami ancora in corso di refertazione al momento della dimissione o per accertamenti effettuati nel post-ricovero, ma riconducibili al ricovero stesso.

In caso di richiesta di copia di cartella clinica richiesta con urgenza, il richiedente sarà richiamato non appena la documentazione sanitaria sarà pronta per il ritiro.

Il ritiro della cartella e delle radiografie può essere fatto:

- di persona presso **l'Ufficio Referti**;
- delegando una terza persona che potrà effettuare il ritiro dei documenti unicamente dietro presentazione di delega scritta, copia di documento d'identità del richiedente e presentazione di documento d'identità della persona delegata al ritiro;
- via posta secondo le modalità indicate sul modulo richiesta. L'invio verrà effettuato con raccomandata all'indirizzo indicato sulla richiesta.

Distinti saluti.

LA DIREZIONE

MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

e residente a _____ CAP _____ provincia _____

in via _____ n° _____

n° di telefono per eventuali comunicazioni _____

Chiedo alla Direzione Sanitaria di Ospedale di Suzzara S.p.A. copia di:

• - n° ____ copie di cartella clinica, reparto di _____ dal _____ al _____
(€ 18 per ogni singola copia di cartella clinica)

• - n° ____ copie di cartella clinica, reparto di _____ dal _____ al _____
(€ 18 per ogni singola copia di cartella clinica)

■ - n° ____ copie di cartella clinica, reparto di _____ dal _____ al _____
(€ 18 per ogni singola copia di cartella clinica)

■ - n° ____ copie di verbale di pronto soccorso, data dell'accesso in pronto soccorso
(€ 12 per ogni singola copia di verbale di pronto soccorso)

■ - n° ____ copie di esami di laboratorio eseguiti il _____
(€ 12 per ogni singola copia)

■ - n° ____ copie di estratto di cartella clinica, reparto di _____ dal _____ al _____

Indicare il tipo di estratto di cartella clinica che si richiede (es. lettera di dimissione, verbale operatorio, fogli di terapia farmacologica, ecc): _____
(€ 12 per ogni singola copia)

■ - n° ____ copie di referto e CD di esami radiologici, eseguiti il _____
(€ 12 per ogni copia di referto e CD)

■ - n° ____ riproduzione di immagini radiologiche su lastra, eseguiti il _____, previa verifica di disponibilità tramite l'Ufficio Referti
(€ 12 per ogni singola lastra)

- - prestito di esami radiologici eseguiti in data _____ (la data deve essere antecedente al 04/05/2014) previo versamento di cauzione di €50,00 (la cauzione verrà rimborsata alla restituzione degli esami radiologici, che dovrà avvenire entro 1 mese dal prestito).

- - altro:

INFORMAZIONI PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- - RITIRO PERSONALMENTE (**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'**)
- - DELEGO AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, SOTTO MIA RESPONSABILITA', IL SIG _____ (**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE**)
- - PREVIO PAGAMENTO AGGIUNTIVO DI € 12, CHIEDO CHE LA DOCUMENTAZIONE CLINICA MI VENGA SPEDITA TRAMITE POSTA, CON DICITURA "DOCUMENTAZIONE RISERVATA E PERSONALE". (**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'**)

INDICARE INDIRIZZO DI SPEDIZIONE SE DIVERSO DALLA RESIDENZA:

- - PREVIO PAGAMENTO AGGIUNTIVO DI € 12,00 CHIEDO PRODUZIONE SOLLECITA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi della Legge 196/03, che regola il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti documenti avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna al domicilio anche a persona diversa dal destinatario (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.) e nel caso di Posta Prioritaria anche nella cassetta delle lettere.

N.B. In caso di paziente minorenni sono indispensabili, oltre al documento del minore, anche i documenti di entrambi i genitori e la firma di entrambi sulla seguente modulistica.

DATA _____ / _____ / _____

firma _____