



| | | | |
|-----------------------|--|----------------------|--|
| Data richiesta | | Data consegna | |
|-----------------------|--|----------------------|--|

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA

TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____
☎ _____ cellulare _____

Il Signor/Signora _____
in qualità di: Genitore Erede Tutore Delegato
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____
☎ _____ cellulare _____

ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA O DELEGA

CHIEDE IL RILASCIO DI:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1^a copia Cartella Clinica (per ricoveri precedenti all'anno 2001) <i>Tempi di consegna previsti: 2 mesi dalla richiesta</i> | € 200,00 <i>(+ €12,00 spese spedizione)</i> |
| <input type="checkbox"/> 1^a copia Cartella Clinica (per ricoveri dall'anno 2001 all'anno 2014 compresi) <i>Tempi di consegna previsti: 1 mese dalla richiesta</i> | € 150,00 <i>(+ €12,00 spese spedizione)</i> |
| <input type="checkbox"/> 1^a copia Cartella Clinica (per ricoveri a partire dall'anno 2015) <i>Tempi di consegna previsti: 30 giorni dalla chiusura della Cartella Elettronica</i> | € 22,00 <i>(+ €12,00 spese spedizione)</i> |
| <input type="checkbox"/> Copia extra <i>Oltre la 1^a copia</i> | <i>Ogni copia supplementare avrà il costo pari alla metà della tariffa intera</i> |

*** Richiesta Cartella Clinica per uso:**

personale medico assicurativo legale altro _____

Il ricovero presso questa Casa di Cura è avvenuto

dal _____ al _____ numero cartella _____ n. copie _____

dal _____ al _____ numero cartella _____ n. copie _____

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copia immagini Radiografiche su CD | € 12,00 <i>(+ €12,00 spese spedizione)</i> |
|--|--|

*** Esame/i radiografico/i richiesto/i _____
eseguito/i il _____**



CHIEDO la spedizione al seguente indirizzo, ESONERANDO LA CASA DI CURA SAN GIACOMO SRL DA EVENTUALI RESPONSABILITA':

Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato debitamente informato sulle modalità di richiesta, di ritiro, sui tempi (disponibilità non prima di 15 giorni dalla chiusura della cartella elettronica) e sui costi che mi assumo, per il rilascio della Documentazione Clinica. Le spese (comprese quelle postali) sono a mio completo carico, e vengono pagate al momento della richiesta.

FIRMA (del richiedente) _____

Documento del Richiedente _____ n° _____ del _____

Il/la sottoscritto/a, esonerando la Casa di Cura Privata San Giacomo Srl da eventuali responsabilità, **AUTORIZZA LA CONSEGNA IN BUSTA CHIUSA**, di copia della Documentazione Clinica 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 DOCUMENTAZIONE CLINICA) _____

Documento del Delegato _____ N° _____ del _____

DATA (ritiro documentazione sanitaria) _____ **FIRMA** (per ricevuta di chi ritira) _____

Si autorizza rilascio delle copie della Cartella Clinica richiesta*

Il Direttore Sanitario _____

* l'autorizzazione della Direzione Sanitaria è richiesta unicamente per il rilascio delle copie di Cartelle Cliniche