



## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Verona, .....

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Residente: Via/Piazza .....

CAP e Località ..... Tel. ....

### CHIEDE

- Copia della Cartella Clinica**
- Copia esami pre-operatori**
- Copia esame istologico**
- Copia CD esami radiologici**
- Altro** .....

relativa al proprio ricovero presso questa Clinica

reparto ..... dal ..... al .....

reparto ..... dal ..... al .....

<i>Riservato Uff. Accettazione</i>
NOS
NOS

Allego fotocopia di documento di identità (fronte e retro)

Indicare la modalità di ritiro desiderata:

- Invio a domicilio € 20,00 per copia cartella + €10,00 per spese postali di spedizione
- Ritiro presso Uff. Accettazione Ricoveri € 20,00

IN FEDE.....

**Ritiro** della copia effettuato da:

- diretto interessato
- persona delegata

### DELEGA AL RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

La copia della cartella clinica può essere ritirata da persona delegata (in caso di minori da chi ne esercita legalmente la potestà), **munita di documento di identità di entrambi.**

Io sottoscritto/a .....

delego il/la Sig./ra .....

al ritiro della fotocopia della mia cartella clinica.

Firma ..... **N.B. : Vedi retro**



## MODALITA' DI RICHIESTA CARTELLE CLINICHE

Il presente modulo, debitamente compilato con allegata copia di un documento di identità (in corso di validità), deve essere inoltrato:

- direttamente presso l'Ufficio Accettazione Ricoveri (tel. 045 8378111)
- via mail all'indirizzo [accettazionericoveri@grupposanfrancesco.it](mailto:accettazionericoveri@grupposanfrancesco.it)
- via fax al numero 045 8301919

Il tempo di consegna è di 30 giorni salvo tempi maggiori dovuti alla necessità di completare la documentazione clinica e/o amministrativa. **L'urgenza viene valutata caso per caso.**

La richiesta di copia della Cartella Clinica deve essere presentata:

- **dal diretto interessato**, personalmente con documento di riconoscimento (carta d'identità o patente di guida) in corso di validità oppure inviando per posta, via mail ([accettazionericoveri@grupposanfrancesco.it](mailto:accettazionericoveri@grupposanfrancesco.it)) o fax (045 8301919) la richiesta firmata con allegata fotocopia di documento d'identità;
- **da persona delegata**, purché provvista di richiesta firmata dal paziente con fotocopia di documento d'identità dello stesso;
- **dal tutore, curatore o esercente la patria potestà**, qualora il paziente sia interdetto, inabilitato ovvero minore di età: la richiesta deve essere inoltrata con un documento d'identità del paziente e con una certificazione che attesti il relativo status di rappresentate legale;
- **se deceduto**, da uno degli eredi con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- **se ricoverato in altro ospedale**, direttamente dai sanitari di tale struttura cui verrà trasmessa direttamente, senza oneri di spese.

In casi dubbi o non qui previsti deciderà il Direttore Sanitario

*La Direzione Sanitaria*