



Prot. _____ / 20__

Spazio riservato alla Casa di Cura

MODULO DI RICHIESTA CARTELLA CLINICA

(Richiesta documentazione clinica effettuata da terzi)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A IL A

TIPO DOCUMENTO N° DOCUMENTO

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, di essere:

L'amministratore di sostegno Il tutore legale Il curatore del paziente

Erede (specificare il grado di parentela)

Del/la Sig./ra nato/a il

RICOVERATO IN DATA REPARTO

CHIEDE

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA.

PROVVEDERO' AL RITIRO PRESSO LA CASA DI CURA

CHIEDO CHE LA CARTELLA CLINICA VENGA SPEDITA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

Cognome Nome

C/O

Indirizzo N° CAP

Città Provincia

*Telefono fisso *Telefono cellulare

***uno dei due campi è obbligatorio**

- **DICHIARO** consapevolmente di **accettare** che il recapito della documentazione si effettui:
 - da 10 a 30 giorni dalla data della richiesta
 - secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale

Per la consegna della documentazione a domicilio o ad altro indirizzo declino la **CASA DI CURA "DI LORENZO" spa** da ogni responsabilità in merito alla consegna, autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 Privacy)

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- **COPIA FOTOSTATICA DOCUMENTO D'IDENTITA' E TITOLO DEL RICHIEDENTE**
- **COPIA RICEVUTA BONIFICO BANCARIO**

Firma del richiedente



MODALITA' DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

La richiesta della cartella clinica può essere effettuata di persona o delegato presso gli sportelli della struttura, tramite fax o mail utilizzando la modulistica scaricabile dal sito www.dilorenzo.it nella sezione modulistica.

Il pagamento deve avvenire al momento della richiesta e comunque prima della consegna/spedizione:

- 1) **Dal paziente**: Direttamente o tramite fax/mail (è necessario inviare via fax o mail la modulistica correttamente compilata, reperibile sul sito della Casa di Cura Di Lorenzo). In caso di impossibilità è sufficiente una semplice richiesta scritta, allegando una copia fotostatica del documento d'identità, e copia della ricevuta dell'avvenuto pagamento tramite bonifico bancario.
- 2) **Da un parente o persona di fiducia**: (al ritiro dovrà portare la delega e i documenti di riconoscimento suoi e del paziente)
- 3) **Se trattasi di persona deceduta**: Se il decesso è avvenuto in Casa di Cura, da un parente prossimo, previa dichiarazione di essere erede del defunto; se il decesso non è avvenuto in Casa di Cura è necessario esibire anche il certificato di morte dell'intestatario della cartella clinica.
- 4) **Se trattasi di un minore**: Da uno dei genitori che dovrà dichiarare di non essere legalmente separato dal coniuge; se separati, dal genitore che ne ha la potestà, che dovrà a sua volta dichiarare l'affidamento del minore.
- 5) **Se trattasi di persona interdetta per inabilità** (di mente, alcolismo, tossicodipendenze, sordomutismo, cecità): dal tutore che dovrà dichiarare il diritto di tutela dell'inabile.
- 6) **Tramite altri istituti di ricovero**: Al fine di garantire la continuità terapeutica del paziente, il Direttore o il Primario o il Dirigente di servizio di un istituto ove sia in cura il paziente, può richiedere copia di cartella clinica. Deve comunque inviare anche un atto di delega da parte del paziente. La documentazione verrà inviata tramite servizio postale con aggravio delle spese di spedizione al destinatario, oppure consegnata a mano al richiedente o al suo delegato.

Il costo della cartella clinica è di € 30,00 per copia rilasciata.

In caso di consegna tramite servizio postale, bisogna aggiungere 12,20 € di spedizione.

Qualora venissero ordinate più copie di cartella clinica, il costo di spedizione rimane invariato.



MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA CARTELLA CLINICA

E' possibile eseguire il pagamento della cartella clinica tramite:

- 1) Sportello di accettazione situato all'interno della Casa di Cura, dal lunedì al sabato, dalle ore 8:00 alle ore 20:00
- 2) Effettuando un bonifico bancario intestato a:

CASA DI CURA "DI LORENZO" Spa

IBAN: IT 20 T 08327 40440 000000000903

CAUSALE: Rilascio copia cartella clinica (indicare il nome e cognome dell'ordinante)

MODALITA' DI RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il ritiro, o la spedizione al domicilio indicato in sede di richiesta, può essere effettuato:

- 1) **Dall'interessato**: direttamente (munito di documento di riconoscimento o per conoscenza personale) o tramite invio all'interessato presso il suo domicilio a mezzo postale (spese postali a carico dell'interessato). Tale modalità di consegna deve essere espressa al momento della richiesta.
- 2) **Da un parente o persona di fiducia (delegato)**: deve presentarsi presso l'accettazione con la richiesta di cartella clinica, modulo di delega firmato dal titolare, fotocopia documento del titolare e documento personale.
- 3) **Se trattasi di persona deceduta**: Se il decesso è avvenuto in Casa di Cura, da un parente prossimo, che abbia dichiarato di essere erede del defunto; se il decesso non è avvenuto in Casa di Cura è necessario esibire anche il certificato di morte dell'intestatario della cartella clinica.
- 4) **Se trattasi di un minore**: da uno dei genitori che ha dichiarato di non essere legalmente separato dal coniugo; se separati, dal genitore che ha dichiarato l'affidamento del minore.
- 5) **Se trattasi di persona interdetta per inabilità** (di mente, alcolismo, tossicodipendenza, sordomutismo, cecità): dal tutore che avrà dimostrato il diritto di tutela dell'inabile (copia della sentenza da cui risultino i motivi e l'indicazione del tutore).