



# RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**REV. 04**DEL 31/01/14  
MOD.06  
ACC.DEG

*RICHIESTA DOCUMENTAZIONE DEL SIG.* \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

DATA RICHIESTA \_\_\_\_\_

RICHIESTA N° \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTE (FIRMA) :**

PAZIENTE \_\_\_\_\_ ALTRO \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI

CARTELLA CLINICA N° \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ N° COPIE RICHIESTE \_\_\_\_\_

GIORNO \_\_\_\_\_ MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

CARTELLA CLINICA N° \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ N° COPIE RICHIESTE \_\_\_\_\_

GIORNO \_\_\_\_\_ MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

FATTURA N° \_\_\_\_\_

DEL \_\_\_\_\_

ESAME \_\_\_\_\_ DATA ESAME \_\_\_\_\_ COPIE RICHIESTA N° \_\_\_\_\_

ESAME \_\_\_\_\_ DATA ESAME \_\_\_\_\_ COPIE RICHIESTA N° \_\_\_\_\_

FATTURA N° \_\_\_\_\_

DEL \_\_\_\_\_

AUTORIZZO AL RILASCIO  NO SI

FIRMA DIRETTORE SANITARIO \_\_\_\_\_

MODALITÀ' DI RITIRO DELLA COPIA (CONFORME ALL'ORIGINALE)

 CONSEGNA DIRETTA:  AL PAZIENTE (FIRMA) \_\_\_\_\_ AL DELEGATO (FIRMA) \_\_\_\_\_ SPEDIZIONE POSTALE

DATA RITIRO/SPEDIZIONE: \_\_\_\_\_

Indirizzo di spedizione: \_\_\_\_\_

Fondazione Teresa Camplani la informa che la documentazione sarà inviata tramite il servizio di uno spedizioniere terzo e sarà consegnata alla persona presente all'indirizzo indicato, che potrà essere anche diversa dal richiedente.

DATA ARRIVO CRT IN ACCETTAZIONE \_\_\_\_\_

DATA VISTO DIREZIONE SANITARIA \_\_\_\_\_

DATA FOTOCOPIA CARTELLA \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_

DATA RIENTRO IN ARCHIVIO: \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_

I dati da Lei forniti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) anche tramite soggetti esterni al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti connessi al rapporto di cura come da informativa da Lei ricevuta in fase di accesso. Copia integrale dell'informativa può essere sempre richiesta presso le nostre sedi.



DELEGA PER RICHIESTA E RITIRO DI  
CARTELLA CLINICA  
e  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA

REV. 00  
DEL 01/08/12  
MOD.17  
ACC.DEG

**Presentarsi allo sportello muniti di copia del documento d'identità del delegante e del delegato**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

Ai sensi della vigente normativa e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero

**DELEGA**

A) Il Sig/la Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

B) La Spett. Assicurazione \_\_\_\_\_

Referente Assicurazione Sig. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ )

Tel \_\_\_\_\_

(spazio da compilarsi a scelta del paziente in caso di titolarità di contratto di assicurazione)

alla **RICHIESTA**     al **RITIRO**

cartella clinica

documentazione sanitaria

relativamente all'episodio di:

ricovero nel Reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Delegante \_\_\_\_\_

Firma del Delegato \_\_\_\_\_