

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA



A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I

CARTELLA N° _____

RICHIESTA N° _____ DEL ____/____/____

Il sottoscritto _____ chiede il rilascio della

Documentazione Clinica del Sig./ra _____

Nato/a il ____/____/____ A _____

Relativa al ricovero/prestazione del (data) ____/____/____

Presso il Reparto/Servizio di: _____

Trasferimenti interni NO SI Rep/Ser _____

Data ____/____/____ Firma del Richiedente _____

Estremi del documento di riconoscimento del richiedente _____

Firma dell'addetto all'Ufficio _____

NUMERO DI TELEFONO _____

Ritiro in data odierna la documentazione richiesta, liberando l'amministrazione dell'Azienda da qualsiasi responsabilità per l'eventuale uso illegale della stessa.

DATA ____/____/____ Firma _____

Estremi del documento di riconoscimento di chi ritira _____

Firma dell'addetto all'Ufficio _____

ATTENZIONE: Effettuato il pagamento riconsegnare la richiesta e la ricevuta a questo Ufficio.

Il mancato ritiro della documentazione clinica comporta il suo invio al macero dopo 120 giorni dalla data della richiesta.

Art. 5 del Dpr 128/1969: Il Direttore Sanitario rilascia agli "aventi diritto" in base a criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia della documentazione medica.

Per aventi diritto si intende:

- il paziente
- per i minori, interdetti o inabili: l'esercente la patria potestà, il tutore, ovvero nell'ultima evenienza lo stesso intestatario con l'assenso del curatore.
- persona fornita di delega da parte del paziente (ciò vale anche per il coniuge, i parenti del malato, nonché il medico curante).
- Gli eredi purchè comprovino il loro status o siano in possesso di delega da parte di altri eventuali eredi.
- Tutti gli enti appartenenti al S.S.N. e gli Enti Previdenziali.
- L'Autorità Giudiziaria.

FIRMA _____