

Verona,.....

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente: Via/Piazza

CAP e LocalitàTel.

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 € 30,00 per copia cartella + €10,00 per spese postali di spedizione
- Ritiro presso Uff. Accettazione Ricoveri € 30,00

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**

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA

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 9009090)
- via mail all'indirizzo 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) 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

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA