



CASA RICOVERO
PRIVATA
VILLA GARDA

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA E COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE

Tel: 045 6208631
Dalle ore 9.00 alle ore 12.00
Dal lunedì al venerdì
Email:
cartelle.cliniche@villagarda.it

M-09.01-12 rev.13

COMPILARE LA RICHIESTA IN STAMPATELLO MAIUSCOLO E LEGGIBILE

Si richiede copia di

COPIA DI CARTELLA CLINICA

COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE

La/ll sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il ___/___/_____, residente a
_____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____

Telefono _____ Mail _____ chiede che le/gli venga rilasciata:

copia della **Cartella Clinica** relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto
di: _____

1. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ Nr. cartella clinica _____

2. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ Nr. cartella clinica _____

copia **Referto ambulatoriale** relativa al **Servizio ambulatoriale** di:

_____ effettuato in data _____

Data della compilazione ___/___/20___ firma _____

N.B. Se la richiesta è inoltrata tramite posta elettronica è obbligatorio allegare la copia del documento d'identità del richiedente. Se la copia della cartella viene ritirata personalmente presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità.

RICHIESTA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI Per tale richiesta inviare/esibire i documenti richiesti nel paragrafo N.B a pagina successiva.

La/ll sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il ___/___/_____, residente
a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ quale:

Familiare/Parente/Affine avente titolo di Erede Tutore/Curatore

Genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore

chiede che le/gli venga rilasciata copia della Cartella Clinica della/del Signora/e _____ nata/o il
___/___/_____, residente a _____

Via _____ N° _____ Prov. _____ Cap _____, relativa al/i ricovero/i effettuato/i presso il Reparto di:

1. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___

2. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___

Data della compilazione ___/___/20___ firma _____

N.B. Documenti da esibire/inviare alla richiesta della copia della Cartella Clinica DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI e da allegare in copia agli atti:

Famigliare/Parente/Affine avente titolo di erede: a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il titolo di erede **autenticata in Comune** b) documento di identità valido

Tutore/Curatore: a) provvedimento giudiziale di nomina b) documento di identità valido

Genitore: documento di identità valido





CASA DI CURA
PRIVATA
VILLA GARDA

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA E COPIA DI REFERTO AMBULATORIALE

Tel: 045 6208631
Dalle ore 9.00 alle ore 12.00
Dal lunedì al venerdì
Email:
cartelle.cliniche@villagarda.it

M-09.01-12 rev.13

SEGNARE LA MODALITÀ' DI RITIRO DELLA COPIA CARTELLA O COPIA REFERTO AMBULATORIALE

RITIRA IL PAZIENTE Firma al momento del ritiro _____

Data ritiro _____

N.B. SI COMUNICA CHE IL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA AVVERRÀ' IN SEGUITO A CHIAMATA DA PARTE DELL'UFFICIO CARTELLE CLINICHE.

DELEGA ALTRI Firma Delegato al ritiro _____

Data ritiro _____

DESIDERA RICEVERE PER POSTA ALL'INDIRIZZO _____

IL RICHIEDENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO SI NO

DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il ___/___/_____, residente
a _____ Via _____ N° _____ Prov: _____ Cap _____ delega la/il

Signora/e _____ nata/o a _____

il ___/___/_____, residente a _____ Via _____ N° _____ Prov. _____ Cap _____

al ritiro di copia della Cartella Clinica relativa al/i ricovero/i effettuato/i

come sopra specificato liberando con ciò la Casa di Cura Villa Garda Srl da qualsiasi responsabilità.

Data della compilazione ___/___/20___ firma _____

N.B. Quando la copia della cartella viene ritirata presso i nostri sportelli è sufficiente esibire documento d'identità del delegato.