



CASA RICOVERO
PRIVATA
VILLA GARDA

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA E COPIA DI REFERTO

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.14

COMPILARE LA RICHIESTA IN STAMPATELLO MAIUSCOLO E LEGGIBILE

Si richiede copia di

☐ **COPIA DI CARTELLA CLINICA**

☐ **COPIA DI REFERTO**

La/Il sottoscritto/a _____ 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 _____/Durante tutto il ricovero dal _____ al _____

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/COPIA REFERTO DA PARTE DI EREDI/TUTORI/CURATORI **Per tale richiesta inviare/esibire i documenti richiesti nel paragrafo sotto N.B**

La/Il sottoscritto/a _____ 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

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.14

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

☐ **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.