

RICHIESTA DI COPIA DELLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA
CASI PARTICOLARIRelativa alla/al paziente _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / _____ a _____ (____)

Codice Fiscale _____
n.. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti

Evento avvenuto nell'Ospedale di _____

Data (dimissione o esecuzione) ____ / ____ / _____ Numero di pratica _____

 CARTELLA CLINICA / AMBULATORIALE REFERTO AUTOPTICO REFERTO DI PRONTO SOCCORSO CD CORONAROGRAFIA LASTRE con ESAMI RADIOLOGIA CD con ESAMI RADIOLOGIA ALTRO estratto dalla cartella clinica (specificare) _____ DOCUMENTI AMBULATORIALI (specificare) _____ REFERTI di ESAMI (specificare) _____

Richiedente _____

nata/o il ____ / ____ / _____ a _____ (____)

residente in via _____ n. _____

a _____ (____) _____
C.A.P. Comune Nazione

Tel. _____ Documento Identità _____

L'indirizzo deve coincidere con quello sul documento di identità**NELLA SUA QUALITÀ DI** MMG del paziente *Allega:* autodichiarazione di essere il MMG del paziente autorizzato a visionare i suoi referti PROCURATORE LEGALE *Allega:* copia della procura del paziente**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

Data ____ / ____ / _____

FAX: 039 6654 629 – indirizzo E-MAIL: ufficio.protocollo@asst-brianza.it

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 06_Richiesta_Documentazione_Clinica_Casi_Particolari_rev01	20/01/2021	01	Pagina 1 di 2

SOLO nel caso di persona che non sa o non può firmare e CONTESTUALMENTE alla richiesta IL FUNZIONARIO, identificata la persona che presenta l'istanza, attesta che questa richiesta è stata fatta in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

_____ Firma

_____ Matricola

_____ cognome e nome (in stampatello)

RISERVATO AL PERSONALE ADDETTO

PRATICA DI CASSA N. _____

COSTO € _____

PAGATO

DA PAGARE

IN CONTRASSEGNO

RISERVATO ALLA DIREZIONE MEDICA DELL'OSPEDALE

NULLA OSTA PER IL RILASCIO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

COMPOSTA DI N. _____ FOGLI,

PRONTA IN DATA ____/____/____

VISTO DEL DIRETTORE MEDICO

(timbro e firma)

RISERVATO AL PERSONALE ADDETTO

LA DOCUMENTAZIONE CLINICA È STATA CONSEGNATA

A MANO A _____

In quanto

MMG

PROCURATORE LEGALE

DELEGATO con allegato l'atto di delega (del MMG o del Procuratore Legale)

Data ____ / ____ / ____

Il funzionario _____