

RICHIESTA DI COPIA
DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Da richiedere presso il C.U.P. dell'Ospedale dove è avvenuto il ricovero oppure via fax oppure per e-mail

<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA / AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/> REGIME URGENZA – 5 giorni lavorativi (solo per cartelle già in archivio centrale)
---	---

 REPERTO AUTOPTICO

 REPERTO DI PRONTO SOCCORSO

 CD CORONAROGRAFIA

 ALTRO _____
Estratto dalla cartella clinica

Per uso:

 Proprio o Sanitario Legale Assicurativo

Relativa al paziente _____

cognome e nome

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

Codice Fiscale _____

N. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti

Evento avvenuto nell'Ospedale di _____

Episodio clinico n. _____

Reparto di ricovero _____

Data di accettazione ____ / ____ / ____

Data di dimissione ____ / ____ / ____

Richiedente _____
cognome nome

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

residente in via _____ n. _____

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

Tel. _____ Relazione con il paziente _____

L'indirizzo deve coincidere con quello riportato sul documento di identità

DOCUMENTO DI IDENTITÀ

del Richiedente

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*tipo**numero* via FAX o per E-MAIL ¹ (allegare copia del documento di identità)

Data ____ / ____ / ____

COSTI:

COPIA AUTENTICATA DI CARTELLE CLINICHE	€ 40,00 a cartella
VERBALE DI PRONTO SOCCORSO - REPERTO AUTOPTICO - ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	€ 10,00 a documento
SUPPLEMENTO PER URGENZA (5 giorni lavorativi, solo per cartelle già presenti in archivio centrale)	€ 5,00 a cartella
SPESE DI SPEDIZIONE, per la consegna via posta in Italia (per l'estero, + € 8,00)	€ 12,00 a spedizione

Il pagamento va effettuato allo sportello CUP o con Bonifico Bancario alla ASST della Brianza, Banca Popolare di Sondrio, IBAN IT 08 P 05696 34070 000011000X62 con la causale obbligatoria "Copia conforme di documenti clinici"*L'accesso alla documentazione clinica è riservato, di norma, al solo paziente cui è intestata (o suo delegato).**Se il paziente è deceduto, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da un erede (con dichiarazione sostitutiva di atto notorio).**Se il paziente è minorenne, interdetto o non autonomo, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da chi ha la potestà di genitore o è stato nominato tutore legale ovvero amministratore di sostegno (è necessaria la dichiarazione sostitutiva di atto notorio).**La consegna delle copie dei documenti potrà avvenire SOLO DOPO IL PAGAMENTO dell'importo dovuto per spese e diritti.***NON SI DARÀ CORSO A RICHIESTE VIA FAX O E-MAIL CHE RISULTINO ERRATE, INCOMPLETE O PRIVE DEI NECESSARI ALLEGATI.***Per le richieste via FAX o E-MAIL, la copia della richiesta vale come ricevuta "salvo buon fine della richiesta".*¹ Indirizzo e-mail: ufficio.protocollo@asst-brianza.it - FAX: 039 6654629

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 01_Richiesta_Copia_Documentazione_Clinica_rev03	11/02/2021	03	Pagina 1 di 2

RICHIESTA DI COPIA
DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

CHIEDE LA CONSEGNA PER POSTA

- ALL'INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE, RIPORTATO NELLA FACCIA 1 (se è il paziente, o un genitore, o il tutore, o un erede)
- ALL'INDIRIZZO DEL PAZIENTE, RIPORTATO ALL'INTERNO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

FIRMATO dal RICHIEDENTE: _____

Per tutelare la Privacy, la consegna via posta può essere fatta solo all'indirizzo di chi ha accesso alla cartella clinica.
Se il paziente è defunto, minore, interdetto o non autonomo, alla richiesta va allegata la dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

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 con BONIFICO all'ASST della Brianza DA PAGARE

IBAN IT 08 P 05696 34070 000011000X62
Banca Popolare di Sondrio
causale "COPIA CONFORME DI DOCUMENTI CLINICI"

RISERVATO ALLA DIREZIONE MEDICA DELL'OSPEDALE

NULLA OSTA PER IL RILASCIO DELLA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

COMPOSTA DI N. _____ FOGLI, PRONTA IN DATA ____/____/____

(ETICHETTA)

VISTO DEL DIRETTORE MEDICO

(timbro e firma)

RISERVATO AL PERSONALE ADDETTO

La documentazione clinica è stata consegnata:

 A MANO A _____

cognome e nome

Documento di Identità (tipo e numero)_____
Firma di chi ritirain quanto: PAZIENTE GENITORE / TUTORE / AMM. SOSTEGNO / EREDE

Allegare la dichiarazione sostitutiva di atto notorio

DELEGATO con allegata delega del: PAZIENTE GENITORE / TUTORE / AMM. SOSTEGNO / EREDE

Allegare anche la dichiarazione sostitutiva di atto notorio

 PER POSTA all'indirizzo indicato, protocollo n. _____

Data ____/____/____

Timbro e firma _____

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 01_Richiesta_Copia_Documentazione_Clinica_rev03	11/02/2021	03	Pagina 2 di 2