

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

ORDINARIA URGENTE N° copie _____

Relativa al ricovero di _____ nato a _____

il _____ residente in _____

via _____ telefono _____

Data di dimissione _____ Posizione cartella N° _____

Medico curante _____

Spedire al seguente indirizzo: _____

DATI DEL RICHIEDENTE

intestatario Doc. (carta identità) N° _____

persona delegata COGNOME E NOME _____

nato a _____ il _____ residente in _____

via _____ telefono _____

Doc. N° _____

In caso di richiesta di copia di cartella clinica del figlio minorenni apporre la FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

FIRMA

Il modulo debitamente compilato va presentato in Ufficio Accettazione, dove si procederà al pagamento dell'importo dovuto. L'esibizione della fattura attesta l'avvenuto pagamento.

La richiesta della copia di cartella può essere fatta dal diretto interessato o da un delegato (delega scritta) con documento di riconoscimento valido proprio e dell'interessato; nel caso di persona deceduta, il richiedente dovrà presentare un atto sostitutivo di notorietà e documento d'identità valido. La copia della cartella clinica viene rilasciata:

- entro 30 giorni lavorativi per la richiesta ordinaria (ad eccezione di refertazione di esami in corso)

- entro 15 giorni lavorativi per la richiesta urgente (ad eccezione di refertazione di esami in corso)

E' opportuno telefonare al centralino della Casa di Cura per avere la conferma che sia pronta.

Tel 051/6246411- dal lunedì al venerdì preferibilmente dalle 14.30 alle 16,45

Si ricorda che il ritiro potrà essere effettuato dall'interessato presentando un documento d'identità; qualora la copia venga ritirata da una persona diversa dall'interessato, questa dovrà presentare la delega firmata, un proprio documento d'identità valido e un documento d'identità valido del delegante, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

**PER RITIRARE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA ESIBIRE IL PRESENTE MODULO
LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA POTRA' ESSERE RITIRATA PRESSO IL CENTRALINO DAL
LUNEDI' AL VENERDI' preferibilmente DALLE ORE 14.00 ALLE 18.00
E IL SABATO preferibilmente DALLE ORE 9.00 ALLE 12.00**

La copia di cartella può essere anche spedita a mezzo posta su richiesta dell'interessato e con oneri aggiuntivi a Suo carico.

DELEGA PER IL RITIRO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ al ritiro della copia di cartella clinica.

Data _____

FIRMA DEL DELEGANTE

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
Villa Laura

Via Emilia Levante 137- 40139 Bologna
Tel. 051 6246411 - Fax. 051 493522
E-mail villalaura@villalaura.it

Direttore Sanitario: Dott. Luca Arfilli

RICHIESTA DI CARTELLA CLINICA

Per richiedere copia della cartella clinica a dimissione avvenuta è necessario compilare ed inviare (mediante fax al n° 051/493522, o lettera, o e-mail richieste.copiecartella@villalaura.it):

1. il modulo allegato compilato,
2. copia di un documento d'identità dell'interessato valido e leggibile,
3. copia di un documento d'identità del delegato (in caso di delega)
4. contabile di pagamento delle spese a mezzo bonifico bancario dell'importo di:
 - € 25,00 per la richiesta di copia ordinaria (rilascio entro 30 gg lavorativi dalla richiesta) * + € 9,00 per spese di spedizione
 - € 35,00 per la richiesta di copia urgente (rilascio entro 15 gg lavorativi dalla richiesta)* + € 9,00 per spese di spedizione

* ad eccezione del caso in cui sia in corso la refertazione di esami (es. esame istologico).

(Estremi del bonifico bancario):

Causale: COPIA DI CARTELLA CLINICA del SIG./SIG.RA _____
Intestato a: Casa di Cura Villa Laura S.r.l. ,Via Emilia Levante, 137
40139 – BOLOGNA

Coordinate bancarie:
BANCO BPM ag.14 Bologna

COORDINATE BANCARIE IBAN DEL NS. CONTO CORRENTE																										
IBAN		CIN	CODICE BANCA ABI				CODICE SPORTELLLO CAB				CONTO CORRENTE															
I	T	7	4	N	0	5	0	3	4	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	5	6