



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA VIA FAX

All'Ufficio Archivio Clinico
dell'Ospedale "Cristo Re"

fax: 06/61245360

(dalle 15:30 alle 7:00 del giorno successivo)

Io Sottoscritto _____ nato/a il _____
(Cognome e Nome del titolare della documentazione sanitaria)

N° tel. _____

con la presente chiede copia cartella clinica di

Ricovero (€ 25,00) Day Hospital (€ 25,00) Pronto Soccorso (€ 15,00) APA (€ 25,00)

eseguito presso la vs struttura dal _____ al _____, nel reparto di _____
(data ingresso) (data dimissione)

Eventuali Tracciati ed allegati (monitoraggi ante-partum, EEG, Holter, ecc..) _____
(eseguiti durante la degenza)

SI (€ 10,00)

NO

Immagini radiografiche su DVD SI (€cad 10,00) esame _____ eseguito in data _____ NO

Si allega documento di riconoscimento

Dichiaro inoltre che

la documentazione richiesta venga spedita in contrassegno (€ 17,00) presso il seguente indirizzo :

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo: _____ Cap _____

provvederò al pagamento al momento del ritiro presso la vs struttura

Data della Richiesta

Il Titolare della richiesta

N.B.: La cartella deve essere ritirata dalla persona che ne fa richiesta presentando allo sportello documento di riconoscimento con ricevuta di pagamento. Il ritiro può essere effettuato anche da persona delegata presentando allo sportello delega scritta, copia del documento del delegante ed esibendo il documento della persona delegata. Senza queste condizioni il referto non viene rilasciato. Il richiedente è consapevole che trascorsi **6 mesi** dalla produzione della copia senza che si sia provveduto al ritiro, l'Ospedale potrà senz'altro provvedere alla distruzione della stessa senza alcun onere od obbligo alcuno. **Per informazioni si prega di contattare lo 06/61245239.**