CRISTO RE
OSPEDALE GENERALE
ROMA

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

All'Ufficio Archivio Clinico dell'Ospedale "Cristo Re"
e-mail: archivioclinico@ospedalecristore.it

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

Cod. Fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° tel._____

con la presente chiede copia conforme 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..)* ☐ **SI (€ 10,00)** ☐ **NO**
(eseguiti durante la degenza)

Immagini radiografiche su DVD ☐ **SI (€/cad 10,00)** esame_____ eseguito in data_____ ☐ **NO**

Chiedo inoltre che

☐ **la documentazione richiesta venga spedita presso il seguente indirizzo (€ 10,00):**

Cognome:_____ **Nome:**_____

Indirizzo:_____**Cap**_____

esonerando l'Ospedale per la consegna della corrispondenza a indirizzi o in cassette domiciliari erronee, per l'abbandono, per lo smarrimento e/o danneggiamento della posta (con conseguenti pericoli per l´integrità o sottrazione della corrispondenza).

☐ **provvederò al ritiro presso la vs struttura**

Data della Richiesta Il Titolare della richiesta

_____ _____

Si allega documento di riconoscimento e copia ricevuta dell'avvenuto versamento

MODALITA' DI RICHIESTA

Per chiedere la copia della documentazione sanitaria, compreso allegati e spedizione, si prega di:

1. ***compilare il modulo in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile***
2. ***effettuare il pagamento sul c/c intestato a Virginia Bracelli S.P.A. IBAN IT73 O056 9603 2270 0000 3609 X44, di importo pari alle richieste effettuate (riportando nella causale il nome della paziente, eventuale spedizione ed allegati)***
3. ***inviare per fax o per e-mail il modulo, ricevuta bonifico e copia documento di riconoscimento***

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 la disponibilità al ritiro presso gli sportelli, si prega di contattare lo 06/61245239** o all'email **ritiroreferti@ospedalecristore.it**