CRISTO RE
OSPEDALE GENERALE

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

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DIAGNOSTICA STRUMENTALE

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

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

avendo eseguito la prestazione sanitaria _____il _____
(specificare la prestazione sanitaria: Rx-TAC-RM)

in regime di _____ il _____
(specificare in regime SSN-Privato Sociale-Privato)

con la presente chiede copia della seguente documentazione diagnostica

☐ **DVD TAC (€/cad. 10,00)**
☐ **DVD RMN (€/cad 10,00)**
☐ **DVD Rx (€ 10,00)**
☐ **Referto cartaceo (€/cad. 5,00)**

Per esami eseguiti durante la degenza di Ricovero o Pronto Soccorso, si DEVE richiedere anche la relativa copia conforme della cartella clinica (utilizzare il modulo "Richiesta cartella clinica")

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, il tipo di esame ed eventuale spedizione)***
3. ***inviare per per e-mail il modulo, ricevuta bonifico e copia documento di riconoscimento***

N.B.: Il ritiro presso lo sportello, deve essere effettuato dalla persona che ne fa richiesta presentando allo sportello documento di riconoscimento e la documentazione inviata inerente la richiesta. 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 la documentazione non viene rilasciata. Il richiedente è consapevole che trascorsi **12 mesi** dalla produzione della documentazione senza che si sia provveduto al ritiro, l'Ospedale potrà senz'altro provvedere alla distruzione della stessa senza alcun onere od obbligo alcuno. **Per il ritiro presso gli sportelli, si prega di contattare lo 06/61245239**.

Sede Ospedale Via delle Calasanziane, 25 - 00167 Roma - Virginia Bracelli S.p.A **Sede Legale** Viale Carso, 44 - 00195 Roma
P. Iva e Cod. Fisc. 11588991007 • R.E.A. Roma n° 1313991 • Cap. Sociale € 3.050.000,00 i.v.
www.ospedalecristore.it
Soggetta alla Direzione e Coordinamento della Giomi- Fingemi SpA