

MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

M.PO52.AN.FE.AP.M01



Prof. n° Registro n° Fogli n°

COPIA CARTELLA CLINICA

COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PUNTO PRIMO INTERVENTO/OBI

Altro, specificare.....

Intestatario documentazione sanitaria

Sig/ra..... nato/a..... il ___/___/___

Residente..... Via..... n°.....

CAP..... Comune Prov..... Telefono.....

Ricoverato nell'U.O..... dal ___/___/___ al ___/___/___

A **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 28/12/2000 n°445)**
(da compilare se il richiedente è persona diversa dall'intestatario della documentazione sanitaria)

Il/la sottoscritto/a nato/a il ___/___/___

Residente..... Via..... n°.....

CAP..... Comune Prov..... Telefono.....

DICHIARA di essere: GRADO DI PARENTELA

TUTORE: SI NO

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del DPR 28/12/2000 n°445 e di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi, assumendone tutte le eventuali responsabilità

Letto, confermato e sottoscritto

Ancona lì, ___/___/___

Il Dichiarante*.....

B **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 DPR 28/12/2000 n°445)**
(da compilare se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente **DECEDUTO**)

Il/la sottoscritto/a nato/a il ___/___/___

Residente..... Via..... n°.....

CAP..... Comune Prov..... Telefono.....

DICHIARA di essere LEGITTIMO/A EREDE

del/la Sig/ra.....

deceduto/a..... in data ___/___/___

e come tale EREDE legittimo avente diritto a richiedere e ritirare il documento clinico di che trattasi e di avere l'assenso di altri eredi assumendone tutte le eventuali responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000 n°445

Letto, confermato e sottoscritto

Ancona lì, ___/___/___

Il Dichiarante*.....

Il Dichiarante esibisce documento: C.I. Patente Passaporto n°.....

Il richiedente si impegna a ritirare il Documento entro 10 giorni da quando è pronto per la consegna. In caso di mancato ritiro accetta che gli venga spedito a domicilio con spese postali a suo carico, prende atto di dover pagare ai sensi dell'art.6 punto8 della Legge n°407 del 29/12/1990, l'intero importo della copia in caso di mancato ritiro.

Ancona lì ___/___/___

Firma del RICHIEDENTE

Firma dell'impiegato.....

Indirizzo per la spedizione:

Sig/ra.....

Via..... n°..... CAP.....

Comune Prov.....

***NB**

E' indispensabile allegare FOTOCOPIA di un DOCUMENTO VALIDO. Le richieste PRIVE di tale fotocopia NON POTRANNO ESSERE EVASE

COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

MODALITÀ DI RICHIESTA

La richiesta di fotocopia della cartella (Documentazione) clinica non può essere inoltrata prima del giorno di dimissione e può essere fatta:

- ☞ **DIRETTAMENTE DALL'ASSISTITO**, presso l'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket-Sportello **RICOVERI-COPIE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, presentandosi con un **documento di identità valido**
- ☞ **da un FAMILIARE**, presso l'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket- Sportello **RICOVERI-COPIE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, presentandosi in possesso di **delega con allegate fotocopie dei documenti di identità validi**
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **A** + **MODULO DELEGA**
- ☞ **dall'INTERESSATO A MEZZO POSTA o FAX** mediante richiesta **in carta libera** completa di:
 - Dati anagrafici dell'assistito
 - Data di entrata e dimissione
 - Unità Operative nelle quali il cittadino è stato ricoverato e firma (occorre inviare allegata alla richiesta, la fotocopia di un documento di identità valido).
- ☞ **dal MEDICO CURANTE** mediante **richiesta consegnata a mano o spedita all'Archivio** specificando in ogni caso:
 - Dati anagrafici dell'assistito
 - Data di entrata e dimissione
 - Unità Operative nel quale il cittadino è stato ricoverato

In caso di:

- ☞ **ASSISTITO DECEDUTO** può essere fatta richiesta direttamente dall'**erede legale** all'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket, munito di **un documento di identità valido oppure tramite posta o FAX**, in quest'ultimo caso tale richiesta deve essere inoltrata dall'**erede legale con firma autenticata**
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **B**
- ☞ **ASSISTITO INCAPACE DI INTENDERE E VOLERE o INTERDETTO** la richiesta deve essere inoltrata **dal tutore** presentando all'Ufficio Accettazione Amministrativa- Ufficio Ticket il modulo compilato, **dietro presentazione di un documento valido**
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **A**
- ☞ **ASSISTITO MINORENNE** la richiesta deve essere inoltrata **dal genitore o da chi esercita la patria potestà**, munito di **un documento valido, oppure tramite posta o FAX, con firma autenticata (occorre inviare allegata alla richiesta fotocopia di un documento di identità valido)**.
Compilazione **MODULO RICHIESTA** RIQUADRO **A**

MODALITÀ DI RILASCIO

- ☞ Il rilascio di copia di documentazione clinica **presso l'ARCHIVIO** avviene solo in presenza dell'interessato in possesso di **un documento di identità valido**, oppure tramite un **suo delegato** munito di **documento di identità valido**
Compilazione **MODULO DELEGA**
- ☞ Il rilascio di copia di documentazione clinica richiesta tramite il **MEDICO CURANTE** **deve essere spedita in contrassegno postale all'avente diritto**; nel caso in cui si presenti regolare delega scritta dell'interessato **con allegata fotocopia di un documento di identità valido**, è possibile rilasciare o spedire la documentazione clinica a terzi ivi compreso il medico curante.
Compilazione **MODULO DELEGA**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento dovrà essere effettuato al momento della presentazione presso l'**Ufficio Accettazione Amministrativa-Ufficio Ticket-Sportello RICOVERI-COPIE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, del modulo di richiesta, **o se spedita, tramite contrassegno postale.**

Indirizzo ed Informazioni: Archivio Cartelle cliniche • INRCA POR Ancona Via della Montagnola, 81 - 60128 Ancona
Tel 071 800 3339 • cartellecliniche.an@inrca.it

NB. Si precisa che la consegna della fotocopia della documentazione clinica non può avvenire al momento della richiesta ma successivamente