



RICHIESTA CARTELLA CLINICA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Archivio Clinico PO Pini
Lu-Ven 8.30-16.00
mail: archivio.clinico@asst-pini-cto.it
Per informazioni: tel. 02.58296.269. | <input type="checkbox"/> Archivio Clinico PO CTO
Lu-Ven 8.00-15.30
mail: informazioni.po.cto@asst-pini-cto.it
Per informazioni: tel. 02.94774.3454 | <input type="checkbox"/> Archivio Clinico Polo Isocrate
Lu-Ven 8.30-13.00
mail: archivio.isocrate@asst-pini-cto.it
Per informazioni: tel. 02.58296.053 |
|--|---|---|

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____ via/piazza _____
Telefono abitazione _____ cellulare _____

In qualità di

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> diretto interessato | <input type="checkbox"/> avente diritto in caso di decesso dell'interessato | <input type="checkbox"/> delegato |
| <input type="checkbox"/> esercente la potestà genitoriale | <input type="checkbox"/> tutore/curatore/amministratore di sostegno | |

Documento di identità n. _____ che si allega in fotocopia (fronte-retro) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art.76 D.P.R. 445/2000.

In riferimento al ricovero del Sig./Sig.ra _____ presso:

reparto _____ dal _____ al _____
reparto _____ dal _____ al _____
reparto _____ dal _____ al _____

CHIEDE

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> copia della cartella clinica in formato DIGITALE (on line) o CD | € 10,00 |
| <input type="checkbox"/> copia della cartella clinica in formato CARTACEO: | € 20,00 |
| <input type="checkbox"/> copia della cartella clinica in formato DIGITALE (on line) o CD richiesta dopo 5 anni dalla dimissione: | € 20,00 |
| <input type="checkbox"/> copia della cartella clinica in formato CARTACEO richiesta dopo 5 anni dalla dimissione: | € 30,00 |
| <input type="checkbox"/> copia esami strumentali cartella o CD | € 10,00 |
| <input type="checkbox"/> copia del verbale di pronto soccorso del (indicare data) _____: | € 5,00 |
| <input type="checkbox"/> copia del referto ambulatoriale del (indicare data) _____: | € 5,00 |

Nel caso di richiesta di spedizione della documentazione, i costi sono a carico del richiedente e pari:

€ 10,00

ATTENZIONE

La tariffa indicata si riferisce alla richiesta di una singola cartella. Pertanto in caso di richiesta di più cartelle la tariffa va calcolata in base al numero delle richieste.

Il rilascio della cartella clinica, dei CD e della documentazione sanitaria indicata è subordinato al pagamento anticipato anche delle spese di spedizione in caso di richiesta.

Il pagamento va effettuato mediante bonifico bancario intestato all' ASST Gaetano Pini-CTO, CODICE IBAN IT 20 S0306901791100000046028, Banca INTESA SANPAOLO SPA, indicando come Causale: spese per cartella clinica di (Nome e Cognome paziente); ricovero del _____; spese per spedizione (se richiesta).

Il modulo per la richiesta è reperibile sul sito www.asst-pini-cto.it >> area Informazioni utili>>modulistica.

La presentazione della richiesta di persona o via mail verrà presa in carico solo se corredata di copia del corretto pagamento completo di CRO e della documentazione richiesta.

Si chiede che la suddetta documentazione venga inviata, al seguente indirizzo:

Nome _____ Cognome _____
Via/Piazza _____ CAP _____ Città _____ prov. _____
Telefono abitazione _____ cellulare _____

Per il rilascio di cartelle cliniche ed esami strumentali per MINORENNI, PERSONE DECEDUTE, PERSONE INCAPACI DI INTENDERE E VOLERE E INTERDETTE, vedasi NOTA INFORMATIVA all.1, con modalità di rilascio e delega

Indirizzo di posta elettronica NON PEC (per la consegna in formato digitale – SOLO per copia CARTELLE CLINICHE):

e.mail: _____

Telefono abitazione _____ cellulare _____

Data _____ Firma _____



NOTA INFORMATIVA

All.1

COME RICHIEDERE LA CARTELLA CLINICA E ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La cartella clinica o altra documentazione sanitaria deve essere richiesta compilando l'allegato modulo reperibile sul sito dell'Aziende www.asst-pini-cto.it >>>area informazioni utili >>>> modulistica-

Il modulo deve essere compilato integralmente avendo cura di indicare correttamente i dati anagrafici del paziente, il periodo di ricovero e il reparto di degenza (in caso di più ricoveri specificare il periodo di ogni ricovero), ovvero le date delle prestazioni. La richiesta deve essere sempre corredata dalla copia del documento di identità in corso di validità del paziente richiedente. E' necessario produrre ulteriore documentazione nei seguenti casi:

- **minorenni:** la richiesta dovrà essere accompagnata dalla copia del documento di riconoscimento dell'esercente la potestà genitoriale del minore e da copia conforme all'originale di un atto idoneo ad attestare tale stato o dalla dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- **persona deceduta:** certificato di morte o atto notorio (o dichiarazione sostitutiva di certificazione) dichiarante lo stato di avente diritto e copia del documento di riconoscimento;
- **persona interdetta o non in grado di intendere e di volere:** copia conforme all'originale del documento di designazione e del documento di riconoscimento del tutore/curatore nominato dal tribunale;
- **delegato:** la richiesta dovrà essere accompagnata da delega sottoscritta dal delegante e accompagnata dai documenti di riconoscimento del delegato e del delegante.

La richiesta va presentata all'Archivio Clinico della Presidio ove sono avvenuti il ricovero o le prestazioni: la presentazione della richiesta può essere fatta di persona o via mail ai contatti indicati nel modulo.

La richiesta della cartella presentata via mail, verrà presa in carico solo se corredata dalla copia del bonifico completo di CRO. Egualmente, la richiesta di cartella presentata di persona sarà presa in carico solo dopo il pagamento della somma dovuta allo sportello interno o presso i punti riscossione.

Se impossibilitati al ritiro di persona della documentazione richiesta, è possibile compilare la DELEGA sottostante

Io sottoscritto _____, nato a _____ il _____;

DELEGO

il sig./la sig.a: Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____; al ritiro della documentazione clinica richiesta il _____ di cui al modulo allegato

Luogo _____ Data _____

Firma del delegante _____ Firma del delegato _____

ALLEGARE COPIA FRONTE RETRO DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DEL DELEGATO
In caso di minorenni, di persona deceduta o interdetta vedi la documentazione da allegare sopra specificata

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.asst-pini-cto.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA SRL	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	RECUPERO LUIGI