

UFFICIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Tel. 045.601.34.01 - Fax 045.750.04.80 - E-mail cartelle.cliniche@sacrocuore.it

Orario: **dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00**

Modulo di richiesta Cartella Clinica

via mail, fax o servizio postale

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

In qualità di: Intestatario

Erede dell'intestatario con dichiarazione sostitutiva atto di notorietà*

Esercente la patria potestà sull'intestatario in caso di minore*

Tutore/Curatore dell'intestatario con nomina del tribunale*

Altro _____

Dati dell'intestatario della Cartella Clinica (non compilare se intestatario della documentazione)

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Importante: *allegare fotocopia di un documento di identità fronte/retro dell'intestatario, e/o le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario.*

Richiede: copia della cartella clinica di ricovero presso:

Reparto _____ dimesso il _____ + ev. CD imm. diagnostiche Si No

Reparto _____ dimesso il _____ + ev. CD imm. diagnostiche Si No

Modalità di pagamento:

In "contanti (o POS)", al momento della richiesta, presso l'Ufficio Documentazione Sanitaria.

Tramite "carta di credito", dal sito www.sacrocuore.it nella sezione "**Pagamento on line**" utilizzando il codice richiesta che sarà inviato via **sms** o **e-mail** (dopo la presa in carico della richiesta) e il codice di controllo (codice fiscale o partita iva).

Tramite "bonifico bancario" alle coordinate bancarie IT93W050345960000000006668, intestate a "OSPEDALE SACRO CUORE - DON CALABRIA", indicando nella causale obbligatoriamente il codice richiesta che sarà rilasciata al momento della richiesta allo sportello oppure sarà inviato via **sms** o **e-mail** (dopo la presa in carico della richiesta).

N.B: **L'evasione della richiesta, sarà effettuata solo a seguito dell'avvenuto pagamento da parte del richiedente:**

€ 35.00 per ciascuna copia con ritiro in ufficio, € 35.00 per ciascuna copia + € 10.00 per spese di spedizione.

Modalità di consegna:

Ritiro presso **Ufficio Documentazione Sanitaria - Ingresso Generale (nuova palazzina).**

Servizio postale a mezzo raccomandata.

Data _____

Firma _____

Autorizzo la spedizione al seguente indirizzo:

Cognome _____ Nome _____

Via e numero civico _____

Città/Provincia _____ CAP _____

MODALITÀ DI RICHIESTA E RILASCIO CARTELLE CLINICHE

REGOLAMENTO

A CHI RIVOLGERSI: per informazioni telefoniche allo 045.601.34.01

Dopo la dimissione, il Paziente può richiedere il rilascio di copia della Cartella Clinica, che viene conservata senza limiti di tempo nell'Archivio Clinico dell'Ospedale.

Il rilascio della documentazione sanitaria deve essere richiesto a:

UFFICIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00

Può essere richiesto l'invio per posta a mezzo raccomandata con spese postali a carico.

La richiesta di copia di cartella clinica o di altra documentazione sanitaria archiviata presso questo ospedale deve essere presentata:

- **dal diretto interessato**, personalmente, con esibizione di un documento di identità valido [**allegare**: carta di identità, patente di guida o passaporto]
- **dal diretto interessato** per posta, fax (045.750.04.80) o e-mail (cartelle.cliniche@sacrocuore.it) [**allegare**: fotocopia di un documento di identità fronte/retro]
- **da persona delegata**, provvista di richiesta firmata dall'interessato [**allegare**: copia di un documento di identità fronte/retro dello stesso]
- **dal rappresentante legale dell'interessato** (tutore, curatore, amministratore di sostegno, esercente la potestà genitoriale), [**allegare**: dichiarazione]
- **da medici curanti** che agiscono a tutela e nell'interesse del paziente [**allegare**: dichiarazione]
- **da persona interessata a tutelare una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato**, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile [**allegare**: documentazione]
- **da parte di Enti Previdenziali** (INAIL, INPS) relativamente ai casi previsti dalla legge [**allegare**: documentazione]
- **da organi della Regione o del SSN** per motivi di interesse pubblico [**allegare**: dichiarazione]
- **da Organi Giudiziari, Ispettorato del Lavoro, Commissariato del Governo, Prefettura**
- **da Consulenti o Periti d'Ufficio** [**allegare**: decreto di nomina]
- **in caso di paziente deceduto, da erede** o comunque da persona che, a prescindere dallo status di erede, ha un interesse proprio o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione [**allegare**: dichiarazione sostitutiva atto di notorietà]

In casi dubbi o non previsti dal regolamento, la decisione compete al Direttore Sanitario

DOVE RITIRARE

La Cartella Clinica è un documento personale e riservato.

Potrà essere ritirata presso **Ufficio Documentazione Sanitaria - Ingresso Generale (nuova palazzina)** con il seguente orario:

dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

Esclusivamente da:

- **diretto interessato;**
- **persona provvista di apposito tagliando** ricevuto al momento della richiesta;
- **persona provvista di delega** firmata dal diretto interessato con fotocopia di un documento di identità fronte/retro dello stesso.

In base alla norma di legge (L. 24/2017, art. 4), la documentazione richiesta sarà disponibile entro il termine massimo di trenta giorni, in rapporto ad eventuali necessità di completamenti e/o integrazioni.

L'urgenza viene valutata caso per caso.

N.B.: dopo 60 giorni dalla data stabilita per il ritiro della Cartella Clinica non sarà più disponibile e sarà necessario fare una nuova richiesta.

Direzione Sanitaria