casa di cura Villa Maria	**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA**	**Mod10-GestCC** Rev10 del 06/02/2019

Il sottoscritto/a ……

nato/a il …… a …… prov. ……

residente a ……via……Prov…… CF……

via …… N. …… Tel. ……

in qualità di ☐ intestatario ☐ erede dell'intestatario

☐ esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore / curatore dell'intestatario

DATI DELL'INTESTATARIO (*se diverso dal richiedente*)

Cognome …… Nome ……

nato/a il …… a …… CF……

Unità Operativa (reparto)……dal …… a ……

RICHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Richiede inoltre COPIA della DOCUMENTAZIONE RADIOGRAFICA (solo per RX eseguite da dicembre 2018)

☐SI (compilare Mod08-RX, costo 10€ aggiuntivi) ☐NO

☐ RITIRO ALLO SPORTELLO *(costo 45,00€)*

☐ SPEDIRE A : …… *(costo 55,00€)*

☐ AUTORIZZO LA SPEDIZIONE A …… SOLLEVANDO LA CASA DI CURA DA OGNI RESPONSABILITA' Firma ulteriore ……

Data …… Firma ……

spazio riservato a uff. acc. CC N°…… ANNO …… data ingr…… Data dimiss ……

VERIFICA INCASSO DELLA PRATICA: N° FATTURA …… DATA …… SIGLA OPERATORE ……

EVENTUALE DELEGA AL

sig./la sign.ra ……

nato/a il …… a …… prov. ……

residente a ……cap. …… Prov ……

via …… N. …… Tel. ……

documento di riconoscimento…… (del delegato che si presenta)

☐ AL RITIRO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA RELATIVO al ricovero sopra indicato

☐ A RICHIEDERE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA relativo al ricovero sopra indicato

	Firma (intestatario documentazione clinica)	Firma (del delegato)
Data ……	……	……

Presentarsi munito di documento di

1) identità in corso di validità dell'eventuale delegato in originale

2) la fotocopia del documento d'identità in corso di validità del delegante (intestatario della documentazione clinica)

3) certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario

Spazio riservato all'Ufficio Accettazione per verifica documento d'identità del delegato:

Data …… Firma dell'operatore ……

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
AUTOCERTIFICAZIONE
D.P.R. 28/12/2000 N.445

(Compilare la richiesta in stampatello)
Al Direttore Sanitario della Casa di Cura Villa Maria Srl – Via delle Melette n. 20 - Padova

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a_____il_____residente a_____prov.___

via_____n._____telef_____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiara:

di essere

- Esercente la responsabilità genitoriale del minore
- Tutore/legale rappresentante
- Legittimo erede del defunto/a in qualità di_____

del minore - Sig./ra_____

nato/a a_____il_____

e pertanto richiede a codesta amministrazione di poter ritirare la copia della documentazione sanitaria

Data …… Firma

……

Allegare copia del documento d'identità in corso di validità (fronte-retro)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") in materia privacy di dati personali e sensibili si informa che i dati perrsonali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati al solo fine della evasione della richiesta stessa in forma cartacea ed informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente.

INFORMAZIONI GENERALI

Requisito essenziale: la maggiore età del richiedente.

1- Richiesta allo sportello:
   a. Dal diretto interessato con documento valido in originale;
   b. Da un suo delegato monito di delega scritta firmata dall'intestatario della cartella con documento di quest'ultimo (anche in fotocopia) e documento in originale dell'incaricato che si presenta allo sportello.
2- Richiesta tramite fax o posta:
   a. Dati anagrafici completi dell'intestatario della documentazione clinica (nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e recapito telefonico);
   b. Unità Operativa presso la quale è avvenuto il ricovero con relative date in entrata e dimissione;
   c. Firma dell'intestatario della documentazione;
   d. Copia documento di identità in corso di validità dell'intestatario della documentazione;
   e. Copia della ricevuta di versamento (€ 45,00 per ritiro di persona allo sportello o €55,00 con spedizione tramite raccomandata) versato sul conto corrente IT05R0503412101000000005663 intestato a "Casa di Cura Villa Maria Srl" e nella causale: pagamento copia cartella clinica di (nome e cognome).

Il modulo di richiesta (***Mod10-GestCC***) può essere ritirato presso l'ufficio accettazione oppure possono essere anticipati tramite fax o mail.

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA DI MINORI

La cartella clinica di minore può essere richiesta solo dal genitore che ne eserciti la responsabilità genitoriale, con le seguenti modalità:

1- Richiesta allo sportello:
   a. il genitore che richiede la documentazione del minore deve presentarsi munito di documento di identità valido e compilare in presenza dell'operatore dell'ufficio il modulo di autocertificazione.
2- Richiesta tramite fax o posta:
   a. il genitore richiedente deve compilare con i propri dati anagrafici e quelli del minore l'autocertificazione di esercizio della responsabilità genitoriale sul minore.

L'autocertificazione può essere compilata in carta libera o su specifico modulo che può essere ritirato presso l'ufficio accettazione oppure anticipato tramite fax o mail.

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA PERSONE DECEDUTE

La cartella clinica di persona deceduta può essere richiesta solo da un erede legittimo, nell'ordine: coniuge, figli, in mancanza di questi da un genitore, da un fratello o sorella e così via sino al 6° grado di parentela, con le seguenti modalità:

1- Richiesta allo sportello:
   a. l'erede che richiede la documentazione della persona deceduta deve presentarsi munito di documento di identità valido e compilare in presenza dell'operatore il modulo di autocertificazione;
2- Richiesta tramite fax o posta:
   a. l'erede richiedente deve compilare con i propri dati anagrafici e quelli della persona deceduta, l'autocertificazione attestante lo stato di erede legittimo e specificandone il grado di parentela. L'autocertificazione può essere compilata in carta libera o su specifico modulo che può essere ritirato presso l'ufficio accettazione o anticipato tramite fax o mail.

L'erede può altresì richiedere che la documentazione venga spedita all'indirizzo desiderato.
Per eventuali richieste da parte di altri aventi diritto (tutori, amministratori di sostegno/curatori, eredi testamentari ecc.) contattare l'ufficio accettazione al n. 049/8711144 operativo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30 e il sabato dalle 8.00 alle 11.30.

MODALITA' RITIRO

La cartella (o altra documentazione) può essere ritirata presso i nostri sportelli:

a. Dal diretto interessato, intestatario della documentazione, munito di documento d'identità valido;
b. Da altra persona delegata munita di delega specifica per ritiro, documento in copia dell'interessato e documento originale dell'incaricato

Può essere richiesta la spedizione a proprio domicilio o ad altro indirizzo specificato. La spedizione avviene in contrassegno. Al momento della consegna, l'utente è tenuto a pagare il saldo del costo della documentazione più le spese postali.
L'ufficio accettazione contatterà il richiedente non appena la copia della Cartella Clinica è pronta per la consegna, in caso di mancato ritiro della documentazione, trascorsi 30gg. dal contatto telefonico, l'ufficio accettazione invierà la documentazione tramite posta con spese postali a carico dell'utenza.

I TEMPI PREVISTI PER LA CONSEGNA DELLA COPIA CC SONO DI 30 GG.

Per poter procedere alla richiesta di copia Cartella Clinica il richiedente deve versare l'importo dovuto direttamente allo sportello oppure tramite bonifico bancario.

COPIA CARTELLA CLINICA: COSTO € 45,00 cadauna per ritiro allo sportello o € 55,00 con spedizione tramite raccomandata A/R.