

MODULO PER RICHIESTA

DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA
 DUPLICATI PRONTO SOCCORSO COPIA CD RADIOLOGIA
CORONAROGRAFIA ALTRO _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato _____
Prov. (____) il ____ / ____ / ____ residente a _____ via _____
n° _____ Cap _____ Telefono _____ email _____

CHIEDE

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

REPARTO DI RICOVERO _____ DATA DEL RICOVERO ____ / ____ / ____

REPARTO DI RICOVERO _____ DATA DEL RICOVERO ____ / ____ / ____

DUPLICATI PRONTO SOCCORSO - DATA DEL RICOVERO ____ / ____ / ____

COPIA CD RADIOLOGIA Rx _____ Tac _____ Rm _____

Moc _____ Ecografia _____ Altro _____

DATA DELL' ESAME ____ / ____ / ____ DATA DELL' ESAME ____ / ____ / ____ DATA DELL' ESAME ____ / ____ / ____

DATA DELL' ESAME ____ / ____ / ____ DATA DELL' ESAME ____ / ____ / ____ DATA DELL' ESAME ____ / ____ / ____

DEL SIG./SIG.RA _____

MINORE _____

nato a _____ Prov. (____) il ____ / ____ / ____ residente a _____

via _____ n° _____

La documentazione richiesta necessita in copia conforme all'originale carta semplice

MOTIVAZIONE RICHIESTA _____

(es. sanitario, previdenziale, assicurativo, legale, altro-specificare)

RICHIESTE LA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN QUALITA' DI:

- Intestatario della cartella clinica
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Genitore esercente la patria potestà
- Curatore
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) (nominato nel testamento)
- Altro _____

TIPO E N. DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

DATA DELLA RICHIESTA ____ / ____ / ____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

FIRMA addetto Amm.vo _____

***PER RICHIESTA E RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI TERZI E' INDISPENSABILE LA DELEGA FIRMATA IN ORIGINALE DA PARTE DEL TITOLARE DELLA STESSA DA PRESENTARE UNITAMENTE ALLA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.**

UFFICI CARTELLE CLINICHE: IGLESIAS P.O. C.T.O. TEL. 07813922710 - CARBONIA P.O. SIRAI - TEL. 07816683373