

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Egr. Utente,

al fine di rilasciarLe copia della documentazione sanitaria è necessario che compili in maniera accurata il modulo di seguito riportato in ogni sua parte, presentandolo:

- **di persona presso l'ufficio "Referti"**, situato al piano terra dell'ospedale, previo pagamento di Euro 12,20 per ogni copia di prestazioni ambulatoriali, di verbale di P.S., di referto radiologico, di referto di laboratorio, di cd radiologico, per la riproduzione di lastre radiologiche e di Euro 50,00 a titolo di cauzione per il prestito di esami radiologici **solo per esami eseguiti prima del 04/05/2014**. Sono ammessi unicamente pagamenti con **Bancomat o Carta di Credito**;
- **tramite invio di fax al numero 0376517974**. Il fax dovrà essere preceduto da un foglio con l'indicazione di "Riservato" ed intestato al C.U.P. Unitamente alla richiesta deve essere inviata copia di documento d'identità del richiedente e copia dell'avvenuto pagamento di quanto dovuto. Il pagamento può essere effettuato, direttamente all'Ufficio Referti o tramite bonifico sul c/c bancario presso Intesa San Paolo, filiale di Suzzara, codice IBAN IT05Y0306958011100000004498 S.p.A. indicando come causale "richiesta copia documentazione sanitaria" e come beneficiario "Ospedale di Suzzara SPA".

Copia della documentazione sanitaria sarà rilasciata solamente previa corretta compilazione del modulo di seguito riportato e previo pagamento di quanto dovuto.

Il ritiro della documentazione sanitaria può essere fatto:

- di persona presso l'Ufficio Referti. **Bisognerà sempre presentare copia di documento d'identità**;
- delegando una terza persona che potrà effettuare il ritiro dei documenti unicamente dietro presentazione di delega scritta e firmata, **copia di documento d'identità del richiedente e presentazione di documento d'identità della persona delegata al ritiro**;
- via posta secondo le modalità indicate sul modulo richiesta. L'invio verrà effettuato con raccomandata all'indirizzo indicato sulla richiesta.

Distinti saluti.

LA DIREZIONE

MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

e residente a _____ CAP _____ provincia _____

in via _____ n° _____

n° di telefono per eventuali comunicazioni _____

in caso di minore o soggetto sottoposto a tutela legale

Il genitore/tutore legale _____

del minore/sottoposto a tutela _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

e residente a _____ CAP _____ provincia _____

in via _____ n° _____

n° di telefono per eventuali comunicazioni _____

N.B. In caso di paziente minorenne sono da indicare i nominativi di entrambi i genitori

Chiedo alla Direzione Sanitaria di Ospedale di Suzzara S.p.A. copia di:

- ✓ n° ____ copia di verbale di pronto soccorso, data dell'accesso in pronto soccorso _____ (€ 12,20 per ogni singola copia di verbale di pronto soccorso)

- ✓ n° ____ copia di esami di laboratorio eseguiti il _____ (€ 12,20 per ogni singola copia)

OSPEDALE
DI SUZZARA

✓ n° ____ copia di referto ambulatoriale di _____ eseguito il _____ (€ 12,20 per ogni singola copia)

✓ n° ____ copie di referto e CD di esami radiologici, eseguiti il _____ (€ 12,20 per ogni copia di referto e CD)

✓ n° ____ riproduzione di immagini radiologiche su lastra, eseguiti il _____, previa verifica di disponibilità tramite l'Ufficio Referti (€ 12,20 per ogni singola lastra)

✓ prestito di esami radiologici eseguiti in data _____ (la data deve essere antecedente al 04/05/2014) previo versamento di cauzione di €50,00 (la cauzione verrà rimborsata alla restituzione degli esami radiologici, che dovrà avvenire entro 1 mese dal prestito).

✓ altro:

DATA ____/____/____

firma interessato/ genitori / tutore legale _____

INFORMAZIONI PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- ✓ RITIRO PERSONALMENTE (**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'**)
- ✓ DELEGO AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, SOTTO MIA RESPONSABILITA', ILSIG _____ (**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE**)
- ✓ PREVIO PAGAMENTO AGGIUNTIVO DI € 12, CHIEDO CHE LA DOCUMENTAZIONE CLINICA MI VENGA SPEDITA TRAMITE POSTA, CON DICITURA "DOCUMENTAZIONE RISERVATA E PERSONALE". (**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'**)

INDICARE INDIRIZZO DI SPEDIZIONE SE DIVERSO DALLA RESIDENZA:

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi della GDPR 2016/679, che regola il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti documenti avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna al domicilio anche a persona diversa dal destinatario (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.) e nel caso di Posta Prioritaria anche nella cassetta delle lettere.

N.B. In caso di paziente minorenne sono indispensabili, oltre al documento del minore, anche i documenti di entrambi i genitori e la firma di entrambi sulla seguente modulistica.

DATA ____/____/____

firma _____