

Ospedale della Murgia "Fabio Perinei" (Modello 1)

SS. 96 KM 73.800 - 70022 ALTAMURA

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA - VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

AL DIRETTORE SANITARIO

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

IL RICHIEDENTE _____ Nato/a il _____ a _____

Via _____ n. _____ Tel _____ e-mail _____

In qualità di: (barrare la lettera che interessa)

- A) intestatario della documentazione (maggiorenne o minore emancipato intestatario della documentazione)
 - B) esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore _____
 - C) Legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di _____
 - D) erede di _____
- (per i casi B) C) D) allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio - (modello 2) e nel caso C) anche copia del provvedimento)
- E) _____ (Allegare delega e documento di riconoscimento proprio e dell'interessato)

CHIEDE Copia autentica Copia semplice di originale di (formato cartaceo CD)

CARTELLA CLINICA VERBALE DI PRONTO SOCCORSO del giorno _____

Del Sig./Sig.ra (non compilare se intestatario documentazione)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente _____ Prov _____

Via _____ N° _____ Cap. _____ Telef. _____

Ricoverato/a nel Repartodal.....al.....

Ricoverato/a nel Repartodal.....al.....

Ricoverato/a nel Repartodal.....al.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la copia della documentazione sanitaria deve essere ritirata entro e non oltre gg. 60 dalla data in cui è stata approntata e giace presso questo Ufficio. Alla scadenza di detto periodo la stessa documentazione verrà distrutta. Per ottenere la stessa documentazione l'utente dovrà prioritariamente esibire ricevuta di versamento corrispondente al costo della documentazione distrutta, oltre ad effettuare un ulteriore versamento corrispondente al costo della identica documentazione sanitaria richiesta.

Il rilascio dei documenti richiesti potrà avvenire solo a seguito dell'avvenuto pagamento. Ai sensi della Delibera ASL BA del CS n. 1898 del 24.11.2011 i costi fissi per la ricerca sono pari a €5,00, per gli atti anno corrente, o €10,00 per gli atti relativi all'archivio storico. La tariffa per le spese di riproduzione per ogni pagina è di €0,10. Il costo per il rilascio del CD è pari a € 1,00. In caso di spedizione, le spese sono a carico del richiedente e variano, in base al peso della cartella clinica, da un minimo di €5,10 fino a un massimo di €13,20.

Il pagamento può essere effettuato mediante versamento su c.c. postale n.681700, "servizio tesoreria ASL BA" Lungomare Starita, 6-70123 Bari causale: "richiesta documentazione sanitaria del sig./sig.ra _____ per ricovero c/o Ospedale della Murgia" o presso le Casse Ticket di questo Ospedale.

La copia della documentazione clinica non potrà di norma essere rilasciata prima della chiusura della stessa, che avverrà solo al termine dell'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie previste durante il ricovero.

- CHIEDE l'invio tramite Raccomandata con R.R. con spese a proprio carico (l'invio avverrà solo dopo la presentazione, anche via fax, della ricevuta di pagamento) al/alla Sig. _____
via _____ n. _____ località _____ prov. _____ cap _____ telefono _____

- DELEGA il/la Sig. _____ al ritiro della documentazione richiesta
- Firma del delegante.....
- N.B. la persona delegata deve presentarsi con un suo documento di riconoscimento valido, e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che fa la delega.

- PROVVEDERA' AL RITIRO PERSONALMENTE
- Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati al solo fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente
- Data.....Firma del richiedente.....

A cura dell'Ufficio Cartelle Cliniche

DATA RITIRO: a partire dal (si ricorda il ritiro deve avvenire entro 60 giorni)

Timbro della Direzione Sanitaria

RICHIESTA VISIONE IMMAGINI RADIOGRAFICHE IN ORIGINALE

AL DIRETTORE SANITARIO

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

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ Via _____ n° _____

Tel _____

In qualità di:

- A) diretto interessato (maggiorenne o minore emancipato intestatario della documentazione)
- B) esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore _____
- C) Legale rappresentante, tutore, curatore, amministratore di sostegno di _____
- D) erede di _____
(allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio – (modello 2) e nel caso C) anche copia del provvedimento)
- E) _____ (Allegare delega e documento di riconoscimento proprio e dell'interessato)

CHIEDE

LA CONSEGNA IN VISIONE (previo versamento, per data di esecuzione, a titolo di deposito cauzionale, di €25.00 Esami radiologici - € 50.00 per TAC, RISONANZE MAGNETICHE presso le Casse Cup di questo Ospedale)

DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA

Radiografie TAC RMN _____

INTESTATE A:

Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
 Inerente al ricovero avvenuto presso l'Ospedale della Murgia "Fabio Perinei" di Altamura:

Unità Operativa di _____ dal _____ al _____

Unità Operativa di _____ dal _____ al _____

DELEGA Il Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
 Al ritiro della documentazione richiesta (Allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante e del delegato)

PROVVEDERA' AL RITIRO PERSONALMENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A RESTITUIRE INTEGRALMENTE IL MATERIALE ENTRO E NON OLTRE 60 GIORNI DALLA DATA DEL RITIRO in originale, integra e nello stesso quantitativo ricevuto.

La ricevuta di versamento del deposito cauzionale, sarà trattenuta dall'Ufficio Cartelle Cliniche e all'utente viene consegnata, all'atto del ritiro della documentazione in oggetto, copia di tale ricevuta. Al momento della restituzione della documentazione, sulla ricevuta di versamento del deposito cauzionale in originale, viene apposto un timbro dell'Ufficio Cartelle Cliniche **indispensabile per il rimborso della cauzione**. Qualora decorrano 60gg dalla data del ritiro e l'utente non abbia restituito il materiale di cui trattasi, troverà applicazione l'art. 1385 del codice civile che prevede il **mancato rimborso della cauzione** qualora l'utente non adempia alla restituzione di quanto preso in uso.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati al solo fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e informatizzata in modo da assicurare la tutela e la riservatezza dei diritti del richiedente

TIMBRO E DATA
 DELLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

IL DICHIARANTE

Parte riservata all'UFFICIO CARTELLE CLINICHE

RITIRATA IN DATA _____

FIRMA _____

CONSEGNATA IN DATA _____

FIRMA _____