

Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni
• Sito web: kormed.it
• Email: info.sanitàsardegna@kormed.it

Richiesta cartella clinica e immagini correlate

Dati del richiedente

Il/La
sottoscritto/a.....
.....
(Cognome Nome Richiedente) (Codice Fiscale Richiedente)
Nato/a il
.....
(Luogo, Prov di Nascita del Richiedente) (Data Nascita del Richiedente)
Residente
a.....
.....
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico)
Doc. Di
identificazione.....
.....
(Tipo e N. documento di identità)

In qualità di:

- ☐ Diretto interessato; ☐ Genitore/Tutore del minore; ☐ Tutore dell'interdetto;
☐ Amministratore di Sostegno; ☐ Erede ☐

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme della seguente documentazione sanitaria

- ☐ Duplicato Cartella Clinica (CC)
☐ Immagini Iconografiche in visione (Lastre)
☐ Duplicato Immagini Iconografiche (CD)

Dati intestatario

Intestata/e a
Sig./Sig.ra.....nato/a.....
.....
(Cognome Nome Intestatario CC) (Luogo, Prov di Nascita Intestatario CC)
il.....C.F.....Residente
a.....
(Data Nascita Intestatario CC) (Codice Fiscale Intestatario CC) (Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)
doc.di identificazione.....
.....
(tipo e n. documento di identità)

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev3-nov23

Scopri la rete di servizi completa su
kormed.it

Parte del Gruppo | **clariane**

Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni

- Sito web: kormed.it
- Email: info.sanitàsardegna@kormed.it

relativa al ricovero c/o la seguente Struttura

Specificare con una crocetta la CASA DI CURA dove è avvenuto il ricovero

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Polispecialistica S.Elena | ☐ Policlinico Città di Quartu | ☐ San Salvatore |
| ☐ Ex-Casa di Cura Lay | ☐ Ex-Casa di Cura Maria Ausiliatrice | ☐ Ex-Villa Verde |

Specificare il REPARTO dove è avvenuto il ricovero.....

Specificare il PERIODO in cui è avvenuto il ricovero.....

Specificare il MOTIVO per cui si richiede la documentazione sopra indicata.....

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza di quanto sotto riportato:

"Eventuali richieste di presa visione o rilascio di copia della cartella clinica e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è giustificata dalla documentata necessità di a) esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 9, par.2, lettera f) del Regolamento, di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina

sull'accesso ai documenti amministrativi, 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."

Il richiedente/intestatario ALLEGA alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio diritto/interesse ad ottenere copia della cartella clinica e/o delle immagini diagnostiche ad essa collegate:

- ☐ Fotocopia documento d'identità dell'intestatario della cartella clinica (CC);
- ☐ Fotocopia documento d'identità del richiedente della cartella clinica (CC);
- ☐ Originale della delega scritta;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 445/00 oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/00 attestante la qualità di erede;
- ☐ Altro.....

Il richiedente/intestatario, si impegna al pagamento immediato, al momento della richiesta, dei seguenti costi di rilascio della documentazione sanitaria sopra richiesta:

- ☐ Richiesta Duplicato Cartella Clinica € 35,00 cad.;
- ☐ Richiesta Visione Immagini Iconografiche (Lastre) caparra € 100,00 cad.;
- ☐ Richiesta Duplicato Immagini Iconografiche € 20,00 a CD;
- ☐ Spese di Spedizione se richiesta €15,00.

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev3-nov23



Scopri la rete di servizi completa su
kormed.it

Parte del Gruppo | **clariane**

Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni

- Sito web: kormed.it
- Email: info.sanitassardegna@kormed.it

"Il richiedente/intestatario, dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e di essere consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti sotto la propria responsabilità e conferma la veridicità di quanto sopra riportato".

N.B.: Il ritiro della fotocopia di cartella clinica deve essere effettuato entro e non oltre il termine massimo di 3 mesi dall'effettiva richiesta scritta, trascorsi i quali la copia richiesta verrà distrutta con le modalità indicate dalle norme di legge.

.....
(Luogo e data)

.....
(Firma del intestatario/richiedente)

Per il servizio di accettazione

La presente istanza è stata presentata dall'intestatario della cartella clinica in data.;

La presente istanza è stata presentata dal Sig.
unitamente alla delega scritta e alla fotocopia del documento d'identità del richiedente.

.....
L'Incaricato del Servizio Accettazione

Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni
• Sito web: kormed.it
• Email: info.sanitaasardegna@kormed.it

DELEGA AL RILASCIO DI CARTELLA CLINICA E/O DELLE RELATIVE IMMAGINI

Il/La sottoscritto

(1).....
(Cognome Nome Intestatario CC) (Codice Fiscale Intestatario CC)

Nato/a..... il
(Luogo, Prov. di nascita Intestatario) (Data di nascita Intestatario)

Residente
a.....
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico)

Doc. Di
identificazione.....
.
(Tipo e N. documento di identità Intestatario CC)

Ricoverato dalal.....Presso la
Struttura.....
RepartoMedico Curante.....

DELEGA

Il/La Signore/a

(2).....
(Cognome Nome Intestatario CC) (Codice Fiscale Intestatario CC)

Nato/a.....
.....
(Luogo, Prov. di nascita Intestatario) (Data di nascita Intestatario)

Residente
a.....
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico)

Doc. Di
identificazione.....
.
(Tipo e N. documento di identità Intestatario CC)

A RICHIEDERE E/O RITIRARE

- | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Duplicato Cartella Clinica; | ☐ Richiedere | ☐ Ritirare |
| ☐ Immagini Iconografiche (Lastre) in visione; | ☐ Richiedere | ☐ Ritirare |
| ☐ Immagini Iconografiche € 20,00 a CD. | ☐ Richiedere | ☐ Ritirare |

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e ALLEGA alla presente copia fotostatica del documento di identità sopra indicato (2).

Luogo e data Firma

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev3-nov23



Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni

- Sito web: kormed.it
- Email: info.sanitàsardegna@kormed.it

- (1) Al momento della richiesta il delegato dovrà rilasciare fotocopia documento d'identità del delegante.
(2) Al momento della richiesta il delegato dovrà rilasciare fotocopia documento d'identità.



Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni
• Sito web: kormed.it
• Email: info.sanitàsardegna@kormed.it

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ("autocertificazione")

Io.....
.....
nato/a.....il.....
.....
residente aprov. (.....), in
via.....n.....
valendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n°445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci
dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità:

Dichiaro

A) di essere nato/a a.....il.....,
di essere residente aprov. (.....),
in vian.....;

B) di avere diritto al rilascio della cartella clinica e delle immagini diagnostiche ad essa collegate, relativa al Sig./Sig.ra

.....
per esseredel.....
predett.....

....., data.....

In fede

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del
procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

N.B.: La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione non va mai autenticata. Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si
applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R n° 445 28.12.2000.

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev3-nov23

Scopri la rete di servizi completa su
kormed.it

Parte del Gruppo | **clariane**

Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni

- Sito web: kormed.it
- Email: info.sanitàsardegna@kormed.it

Io sottoscritto/a.....nato il.....
Luogo di nascitaCF:
Luogo di residenza.....Indirizzo

In qualità di

☐ INTERESSATO ☐ RICHIEDENTE ☐ DELEGATO ☐ ALTRO

CHIEDE

che la ☐ cartella clinica e/o le ☐ immagini diagnostiche richieste, siano spedite via posta al seguente indirizzo:

Nome Destinatario.....
Cognome Destinatario.....
Via/Viale/Piazza Destinatario.....
CAP DestinatarioCittà Destinatario
Paese Destinatario.....

Data..... Firma Interessato

La richiesta in originale con tutta la documentazione va inviata al seguente indirizzo:

Kinetika Sardegna Srl
CDC Polispecialistica Sant'Elena Servizio
Archiviazione 09045 Quartu S.E. – CAI

Firma Interessato

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev3-nov23



Scopri la rete di servizi completa su
kormed.it

Parte del Gruppo | **clariane**

Casa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

Per informazioni e prenotazioni
• Sito web: kormed.it
• Email: info.sanitàsardegna@kormed.it

Dichiarazione ritiro cartella clinica e immagini correlate

Per il servizio di accettazione

Cartella Clinicao RX o TAC o RM o

ALTRO.....

Intestata

a.....
...

Richiesta

il.....
.

Spedita con raccomandata A/R

N.....

L'Incaricato del Servizio Accettazione

.....

Il/La sottoscritto

(1).....

(Cognome Nome)

(Codice Fiscale)

Nato/a il

.....

(Luogo, Prov. di nascita)

(Data di nascita)

Residente

a.....

(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico)

Doc. Di

identificazione.....

(Tipo e N. documento di identità)

DICHIARA

di ricevere la consegna in busta chiusa con la dicitura "Riservata personale-dati particolari" della cartella clinica e delle immagini ad essa correlate come sopra indicato e s'impegna ad utilizzare i dati in essa indicati nel rispetto dei principi di cui al Regolamento Europeo 2016/679 ed alla restituzione, di eventuali lastre richieste in visione, nel termine massimo di tre mesi dalla consegna.

Data.....

.....

Firma Interessato

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev3-nov23



Scopri la rete di servizi completa su
kormed.it

Parte del Gruppo | **clariane**