

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

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:

- ☐ Prima copia gratuita per il paziente;
- ☐ Eventuali copie successive alla prima € 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.

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)

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

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev4-gen26

Per informazioni e prenotazioni

• Sito web: kormed.it

• Email:

info.cittadiquartu@kormed.it

info.sansalvatore@kormed.it

info.santelena@kormed.it

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

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:

- ☐ Prima copia gratuita per il paziente;
- ☐ 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.

"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 dell'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.in data.....
unitamente alla delega scritta e alla fotocopia del documento d'identità del richiedente.

.....
L'Incaricato del Servizio Accettazione

Mod-RICHIESTA_CARTELLA_CLINICA_E_IMMAGINI_CORRELATE-kin-rev4-gen26

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

Per informazioni e prenotazioni

• Sito web: kormed.it

• Email:

info.cittadiquartu@kormed.it

info.sansalvatore@kormed.it

info.santelena@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

- ☐ Prima copia gratuita per il paziente;
- ☐ Eventuali copie successive alla prima;
- ☐ Immagini Iconografiche (Lastre) in visione;
- ☐ Immagini Iconografiche € 20,00 a CD.

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Richiedere | ☐ Ritirare |
| ☐ Richiedere | ☐ Ritirare |
| ☐ Richiedere | ☐ Ritirare |
| ☐ 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

(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.

Per informazioni e prenotazioni

• Sito web: kormed.it

• Email:

info.cittadiquartu@kormed.itinfo.sansalvatore@kormed.itinfo.santelena@kormed.itCasa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena**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.

Per informazioni e prenotazioni

• Sito web: kormed.it

• Email:

info.cittadiquartu@kormed.itinfo.sansalvatore@kormed.itinfo.santelena@kormed.itCasa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena

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 destinatario

.....

Per informazioni e prenotazioni

• Sito web: kormed.it

• Email:

info.cittadiquartu@kormed.itinfo.sansalvatore@kormed.itinfo.santelena@kormed.itCasa di cura | Poliambulatorio
Città di Quartu | San Salvatore | Sant'Elena**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