

MODULO DI RICHIESTA DI COPIA CARTELLA CLINICA ESAMI RADIOLOGICI ESEGUITI DURANTE IL RICOVERO

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

Residente a

Via tel.

chiedo alla Direzione Sanitaria di GVM Cortina il rilascio di copia di

- CARTELLA CLINICA+CD CON ESAMI RADIOLOGICI**
- CARTELLA CLINICA**
- CD CON ESAMI RADIOLOGICI**

a relativa al ricovero del Sig./Sig.ra

avvenuto nella U.O. dal al

Documento di identità

Numero rilasciato il

- Delego al ritiro, sotto la mia responsabilità, il Sig.**

Documento N. Rilasciato il

- Autorizzo invio della copia della cartella clinica**

La copia della cartella clinica sarà inviata per posta con la dizione "riservata personale" al seguente indirizzo:

Nome e Cognome

Via

CAP Città Provincia

Tel.

Firma Data

Nota

per il ritiro della copia della cartella clinica/esami è necessario presentarsi con un documento di identità.

ANNOTAZIONI DELL'UFFICIO

La copia della cartella clinica viene rilasciata:

- A.** Al paziente cui si riferisce
- B.** A terzi delegati
- C.** Agi eredi legittimi muniti di documenti probatori

Cartella Clinica N Anno

N Fattura Data Fattura

Firma dell'ufficio incaricato