



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

Io sottoscritto

Nato a il

Residente a

Via tel.

chiedo alla Direzione Sanitaria di Maria Cecilia Hospital 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

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