



MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto

Nato a il

Residente a

Via tel.

Chiedo alla Direzione Sanitaria di Villa Torri Hospital il rilascio di copia di:

- CARTELLA CLINICA RICOVERO PER INTERVENTO
- CARTELLA CLINICA RICOVERO PER RIABILITAZIONE
- CARTELLA CLINICA RICOVERO PER INTERVENTO + RICOVERO PER RIABILITAZIONE
- ESAMI RADIOLOGICI
- CARTELLA CLINICA RICOVERO PER INTERVENTO + RICOVERO PER RIABILITAZIONE + ESAMI RADIOLOGICI

relativa al ricovero del Sig./Sig.ra

avvenuto dal al

- 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 raccomandata R/R al seguente indirizzo:

Nome e Cognome

Via

CAP Città Provincia

Tel.

Firma Data

Nota: per il ritiro della copia della cartella clinica è necessario presentarsi con un documento di identità munito di fotografia.

ANNOTAZIONI DELL'UFFICIO

La copia della cartella clinica viene rilasciata:

- Al paziente cui si riferisce
- A terzi delegati
- Agli eredi legittimi muniti di documenti probatori

OPZIONE DI INVIO

- STANDARD
- URGENTE

A CURA DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO

Cartella Clinica N. Anno

N. fattura Data fattura

Firma dell'ufficio incaricato