

ISTITUTO PALAZZOLO

SIGLA OPERATORE UAR CHE HA GESTITO LA PRATICA _____

RICHIEDA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA E/O ESAMI RADIOLOGICI-ECOGRAFICI

Il/La Sottoscritto/a nato/a il a

Residente a PROV..... C.A.P Via/Piazza..... n

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | Telefono

RICHIEDE

Relativamente al ricovero del Sig./raC. F. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

nel reparto di _____ dal _____ al _____

nel reparto di _____ dal _____ al _____

nel reparto di _____ dal _____ al _____

- COPIA CARTELLA CLINICA (€ 20,00 per ogni reparto di ricovero)
 - COPIA LASTRE RADIOGRAFICHE con REFERTO (€ 20,00 1° foglio - € 9,00 cad. fogli successivi)
- Tempi di rilascio: 4 giorni lavorativi dalla data della richiesta

N° _____ fogli	TIPO _____	Esame eseguito il _____
N° _____ fogli	TIPO _____	Esame eseguito il _____
N° _____ fogli	TIPO _____	Esame eseguito il _____

- DUPLICAZIONE ESAME SU CD (€ 15,00 cad.)
- INVIO COPIA CARTELLA CLINICA A DOMICILIO / spese di spedizione (€ 7,00 cad.)
- INVIO COPIA ESAMI RADIOGRAFICI A DOMICILIO / spese di spedizione (€ 10,00 cad.)
- INVIO POSTALE (da non compilare se l'indirizzo è corrispondente a quanto indicato nella prima parte del modulo):

Sig. _____ c/o _____

Via /P.zza _____ n° _____ CAP _____ Città _____

- ESAMI RADIOLOGICI/ECOGRAFICI RILASCIATI IN VISIONE PREVIO VERSAMENTO CAUZIONALE PARI A:
- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------|
| € 20.00 cad. foglio per le radiografie | nr _____ fogli – TIPO _____ | eseguito il _____ |
| € 100.00 cad. per T.A.C / R.M.N /ALTRO | nr _____ fogli – TIPO _____ | eseguito il _____ |
| € 50.00 cad. per ECOGRAFIE | nr _____ fogli – TIPO _____ | eseguito il _____ |

RICHIEDA FRUIBILE SOLO NEL CASO IN CUI L'ISTITUTO PALAZZOLO FOSSE IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE LA DUPLICAZIONE DEGLI ESAMI CHIESTI (ESAMI DA RENDERE ENTRO 20 GG DALLA DATA DI CONSEGNA - DAL 21°GG IN POI VERRANNO ADDEBITATI € 0,50 PER OGNI GG DI RITARDO)

RISCUOTIAMO DEPOSITO CAUZIONALE DI € _____ SIGLA operatore _____)

CAPARRA RESA IL ___/___/___ FIRMA UTENTE _____

DICHIARA

di essere a conoscenza che la copia della cartella clinica/esami radiologici e/o ecografici può essere ritirata dall'intestatario o da persona diversa, purché provvista di delega scritta e di documento di riconoscimento proprio e del delegante, da presentare al momento del ritiro. In caso di decesso dell'intestatario della documentazione clinica richiesta, è indispensabile consegnare la "dichiarazione di erede legittimo"

Data _____ Firma _____

Consegnata a mano in data _____ Firma di chi ritira _____

ISTITUTO PALAZZOLO

Il/La Sottoscritto/a _____

DELEGA e AUTORIZZA

al ritiro della copia della cartella clinica e/o esami radiologici e/o ecografici

Il /la Sig. /Sig.ra _____

Residente a _____ in Via/p.zza _____

Firma del delegante

Data del ritiro _____

Firma de delegato

Estremi dei documenti di riconoscimento: ALLEGATI ALLA PRESENTE