

 REGIONE SICILIANA AZIENDE OSPEDALIERA PAPARDO	MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	Mod 06_UFF CC Rev 01 del 20/08/20
--	---	--

INFORMAZIONI GENERALI

Il personale del Servizio Cartelle Cliniche, con questa guida informativa, desidera fornire alcune indicazioni in merito alla procedura di richiesta di copia della documentazione sanitaria.

Per ottenere tale documentazione è necessario compilare ed inoltrare dei moduli disponibili sul nostro sito o richiederli all'indirizzo: cartellecliniche@aopapardo.it

CARTELLE CLINICHE relative al ricovero presso la U.O. (reparto)	Modulo 01
CD immagini radiodiagnostici ed ecografie	Modulo 02
118 verbale medico e scheda tecnica di trasporto	Modulo 03
PRONTO SOCCORSO GENERALE relazione ed esami effettuati.	Modulo 04
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA	Modulo 05

Puo' richiedere la documentazione sanitaria:

- a) diretto interessato (titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, maggiorenne o minore emancipato)
- b) genitore esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore
- c) affidatario del minore,
- d) tutore
- e) curatore
- f) amministratore di sostegno
- g) erede legittimo
- h) erede testamentario
- i) convivente del defunto
- l) persona in unione civile del defunto
- m) legale rappresentante
- n) coniuge o figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, del titolare della cartella clinica o altra documentazione sanitaria, il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla sottoscrizione ed alla dichiarazione, per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000).

ALLEGATI

Per i casi :g), h), i), l), allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorietà'.
 per i casi : c), d), e), f), allegare provvedimento di nomina
 per il caso: m), allegare mandato o procura.
 Per il caso n), allegare certificazione del medico.

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA diretto interessato

- Compilazione del **modulo** preposto con dati anagrafici completi (nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza , recapito telefonico, mail.)
- Unità operativa (reparto) presso la quale è avvenuto il ricovero con relative date di entrata e di dimissione; se si tratta di intervento del 118 inserire i dati dell'accaduto; se si tratta delle

copie esami radiodiagnostici specificare la tipologia e la data di esecuzione ed eventualmente da quale reparto sono state richieste durante il ricovero.

- **Firma dell'intestatario della documentazione;**
- **Copia documento identificativo fronte/retro in corso di validità dell'intestatario della documentazione;**
- **Copia della ricevuta di versamento.**

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORI

Puo' essere richiesta solo dal genitore che ne eserciti la potestà' genitoriale

- Compilazione del **modulo** preposto con dati anagrafici completi del minore (nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza).
- **Firma del genitore**
- compilazione modulo di **dichiarazione sostitutiva** atto notorio/autocertificazione
- copia del **documento** identificativo fronte/retro in corso di validità **del genitore.**
- copia del **documento** identificativo o tessera sanitaria fronte/retro in corso di validità del minore.
- **Copia della ricevuta di versamento.**

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PERSONE DECEDUTE

Puo' essere richiesta solo da un erede legittimo, nell'ordine:coniuge,figli,in mancanza di questi da un genitore, da un fratello o sorella e cosi via sino al 6 ° di parentela:

- Compilazione del **modulo** preposto con dati anagrafici completi della persona deceduta (nome, cognome, luogo, data di nascita, residenza)
- **Firma dell'erede.**
- compilazione modulo di **dichiarazione sostitutiva** atto notorio /autocertificazione
- copia del **documento** identificativo fronte/retro in corso di validità **dell'erede**
- **copia della ricevuta di versamento.**

PAGAMENTO

LE SPESE DI RIPRODUZIONE E SPEDIZIONE SI INTENDONO ANTICIPATE

- **CARTELLA CLINICA € 15.00 (entro le prime 100 pagine, dalla pagina 101 in poi € 0,10/pagina)**
Sarà premura del nostro ufficio informare l'utenza di eventuale integrazione di spese
- **SPESE DI SPEDIZIONE € 20.00**
- **CD € 15.00**
- **118 € 18.00 (SCHEDA TECNICA € 8.00 -VERBALE MEDICO € 10.00)**
- **PRONTO SOCCORSO € 2,00 (RELAZIONE ED ESAMI EFFETTUATI)**

N° CC POSTALE 15720980	Intestato a: AOP- PRESTAZIONI OSPEDALIERE-SERVIZIO TESORERIA CAUSALE: DOCUMENTAZIONE SANITARIA
IBAN: IT 89V0100516500000000218600 B.N.L	

TEMPI DI CONSEGNA

Il Servizio Cartelle Cliniche svolge la funzione di mediazione fra le Unità Operative e l'Utenza. Il rilascio della copia conforme, SOLO IN FORMATO CARTACEO, sarà vincolato alla disponibilità della documentazione originale da parte dell'Unità Operativa che ha erogato la prestazione.

Sarà nostra premura contattare l'utenza quando la documentazione è disponibile nei nostri uffici.

RITIRO

In sede previo appuntamento tel 0903992648 ore 10.00 ore 12.00

Spedizione per posta presso il proprio domicilio.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
AUTOCERTIFICAZIONE
D.P.R. 28/12/2000 N 445**

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____ via _____

tel _____ mail _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R 445/2000, in caso di
dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di essere

☐ Esercente la potestà genitoriale del minore

☐ Erede legittimo del defunto/a in qualità di _____

☐ Tutore /legale rappresentante

DI

COGNOME _____ **NOME** _____

nato/a a _____ il _____

**e pertanto richiede a codesta amministrazione di poter ritirare la copia della documentazione
sanitaria.**

I dati dell'intestatario della documentazione sanitaria e dell'eventuale Delegato al ritiro sono trattati, dall'Azienda Ospedaliera Papardo, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati (GDPR 2016/679 e del D.LGS 196/2003), e solo al fine dell'espletamento della presente richiesta. Il/la sottoscritto/a _____, previa
visione dell'informativa, ne autorizza il trattamento.

Data

Firma

.....

.....

Allegare copia del documento di identità in corso di validità (fronte-retro)

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

 REGIONE SICILIANA AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO	MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	Mod 01_UFF CC Rev 01 del 20/08/20
--	--	--

(INSERIRE I DATI DELL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA)

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV _____

RESIDENTEA _____ PROV _____ VIA _____

N _____ TEL _____ EMAIL _____

RICHIEDE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

UNITA' OPERATIVA (reparto) _____ dal _____ al _____

UNITA' OPERATIVA (reparto) _____ dal _____ al _____

☐ RITIRO ALLO SPORTELLLO _____

☐ SPEDIRE A _____ (Costo € 20,00)

EVENTUALE DELEGA

Il/la Sig/Sig.ra _____ nato/a il _____

a _____ prov _____ residente a _____

via _____ n _____ tel _____

☐ AL RITIRO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA RELATIVO al ricovero sopra indicato

☐ A RICHIEDERE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA relativo al ricovero sopra indicato

I dati dell'intestatario della documentazione sanitaria e dell'eventuale Delegato al ritiro sono trattati, dall'Azienda Ospedaliera Papardo, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati (GDPR 2016/679 e del D.LGS 196/2003), e solo al fine dell'espletamento della presente richiesta. Il/la sottoscritto/a _____, previa visione dell'informativa, ne autorizza il trattamento.

Data

Firma
(del delegato)

Firma
(intestatario documentazione clinica/richiedente)

Si fa presente che la cartella clinica include i referti radiologici ma non i CD che vanno richiesti e pagati a parte
Richiede inoltre COPIA della DOCUMENTAZIONE RADIOGRAFICA

☐ SI (Compilare Modulo 02)

Questo modulo va presentato all'Ufficio Cartelle Cliniche tramite mail: cartellecliniche@aopapardo.it, allegando fotocopia fronte/retro documento di riconoscimento fotocopia avvenuto pagamento anticipato di € 15.00 (Si informa che il costo della cartella clinica è di € 15.00 entro le prime 100 pagine, dalla pagina 101 in poi € 0,10/pagina). Sarà premura del nostro ufficio informare l'utenza di eventuale integrazione di spese. Il bollettino deve essere intestato a AOP Prestazioni Ospedaliere -Servizio Tesoreria- causale: documentazione sanitaria n CC postale 15720980 - IBAN IT 89V0100516500000000218600 . Se richiesto € 20.00 per la spedizione. Per comunicazioni telefoniche chiamare tel 0903992648 dalle ore 10.00 ore 12.00

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;