

 REGIONE SICILIANA AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO	MODULO 06 RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	Modulo 6
--	---	------------------------

INFORMAZIONI GENERALI

Per ottenere la documentazione sanitaria sotto elencata è necessario compilare ed inoltrare i relativi 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
CARTELLE CLINICHE PRONTO SOCCORSO GENERALE	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, 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 da parte del 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 così 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 delle
SPESE DI RIPRODUZIONE E SPEDIZIONE (SI INTENDONO ANTICIPATE)

- **CARTELLA CLINICA CD € 15.00**
- **CARTELLA CLINICA CARTACEA € 15.00 (entro le prime 100 pagine, dalla pagina 101 in poi € 0,10/pagina)**

Sarà premura del nostro ufficio informare l'utenza della necessità di eventuale integrazione di spese

- **SPESE DI SPEDIZIONE € 20.00**
- **CD ESAMI STRUMENTALI € 15.00 (se le immagini non rientrano in un solo Cd sarà premura del nostro ufficio chiedere la integrazione delle spese)**
- **118- € 18.00 (SCHEDE TECNICHE € 8.00 VERBALE MEDICO € 10.00)**
- **PRONTO SOCCORSO € 2,00 (cartella clinica)**

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

Per informazioni, contattare il Servizio cartelle cliniche ai seguenti recapiti telefonici:
tel 0903996262- 090 3996016, dalle ore 08:30 alle ore 12:30