



P E D E R Z O L I

OSPEDALE P. PEDERZOLI
CASA DI CURA PRIVATA S.p.A.

RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

e-mail: uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it

telefono: 0456449169 dal lunedì al venerdì dalle 14:00 alle 16:00

Spett.le Direzione Sanitaria

Ufficio Cartelle Cliniche

“Ospedale P. Pederzoli” Casa di Cura Privata S.p.A.

Via Monte Baldo, 24

37019 Peschiera del Garda (VR)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ C.A.P. _____

Città _____ prov. _____

E-Mail/Pec _____ Telefono _____

In qualità di (barrare il caso che interessa):

- Titolare** (Allegare alla richiesta documento d'identità)
- Genitore di minore** Allegare autocertificazione da scaricare nella sezione modulistica del sito www.ospedalepederzoli.it (modulo “Dichiarazione sostitutiva di certificazione”) oltre a documento d'identità del richiedente.
- Legale rappresentante (Amministratore di sostegno o tutore)** Allegare autocertificazione da scaricare nella sezione modulistica del sito www.ospedalepederzoli.it (modulo “Dichiarazione sostitutiva di certificazione”) oltre a documento d'identità del richiedente.
- Erede** Allegare autocertificazione da scaricare nella sezione modulistica del sito www.ospedalepederzoli.it (modulo “Dichiarazione sostitutiva di certificazione EREDE”) oltre a documento d'identità del richiedente.
- Legale** allegare procura oltre a documento d'identità del paziente e del richiedente.

chiede

che venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge e previo pagamento del costo sostenuto, copia della cartella clinica relativa alla seguente degenza:

Paziente _____

Nato/a a _____ il _____

Ricoverato dal _____ al _____ reparto _____

Ricoverato dal _____ al _____ reparto _____

- La predetta copia sarà consegnata a mano, previa presentazione del presente modulo debitamente compilato congiuntamente agli allegati necessari.

(Pagamento effettuato on line di **35 Euro**)

- Nelle mie mani
- Al Sig/ra _____ che viene da me delegato/a al ritiro tramite il presente atto. Allegare copia del documento d'identità del delegante e del delegato in tal caso.

ORARI PER IL RITIRO:

Dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 15:00 presso lo sportello Accettazione Day Hospital- Piano -1 – Ingresso 2

- La copia cartella sarà inviata in formato PDF via e-mail / pec al seguente indirizzo:

_____ dopo aver ricevuto all'indirizzo uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it la presente richiesta sottoscritta con allegati i documenti necessari.

Con la presente autorizzo l'Ospedale P. Pederzoli all'invio del documento all'indirizzo di cui sopra.
(Pagamento effettuato on line di **35 Euro**)

- La copia cartella sarà inviata all'indirizzo del titolare a mezzo raccomandata semplice, dopo aver ricevuto la presente richiesta sottoscritta con allegata tutta la documentazione richiesta all'indirizzo uffcartellecliniche@ospedalepederzoli.it

(Pagamento effettuato on line di **45 Euro**)

Onde evitare spiacevoli inconvenienti siamo a richiedere di riportare l'indirizzo di spedizione con particolare attenzione al nominativo esposto sulla cassetta postale:

Il termine ordinario fissato per il rilascio di copia della cartella clinica è di **30 giorni** dalla presentazione della richiesta, salva diversa anticipata disponibilità della stessa che verrà segnalata dall'operatore dell'ufficio cartelle cliniche, contestualmente all'effettuazione della richiesta. Si specifica che per le richieste effettuate in corso di ricovero, il termine di 30 giorni decorre dalla data di dimissione del paziente. E' possibile **verificare lo stato di evasione della richiesta** contattando il numero 045 6449169 (attivo dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 16).

In mancanza dei documenti necessari, la documentazione non verrà consegnata/spedita.

Peschiera del Garda, li _____

(firma leggibile del dichiarante)

