



Istruzioni Operative Richiesta Copia Cartella Clinica

Compilare il modulo di Richiesta Copia Cartella Clinica, avendo cura di indicare il formato in cui Vi occorre la cartella, Elettronico o Cartaceo.

Inoltre, indicate sempre anche la Vs e-mail e un recapito telefonico affinché in caso di necessità Vi si possa contattare.

Se il richiedente NON è il Paziente, ma una persona legittimata e/o avente diritto, occorre che lo indichiate nella richiesta e che venga compilata anche la Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e Atto di Notorietà, che trovate nelle pagine seguenti.

Inviare una e-mail a cartelle.cclm@grupposandonato.it allegando i seguenti documenti:

- Modulo di Richiesta copia Cartella Clinica, debitamente compilato e firmato dal richiedente.
- Copia del Documento di identità valido del richiedente (fronte/retro) e, se differente, copia documento d'identità dell'intestatario della documentazione clinica
- Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e Atto di Notorietà, se il richiedente è persona diversa dal Paziente.

Riceverete una e-Mail di conferma dopo la verifica della Vs richiesta da parte dell'Ufficio Cartelle Cliniche. La cartella sarà disponibile entro il tempo massimo di 10 giorni.

In caso di problemi o chiarimenti Vi contatteremo al recapito telefonico da Voi indicato nel modulo di richiesta.

Se avete difficoltà ad inviare una e-Mail con allegati i documenti sopraelencati, potete spedire gli stessi anche via posta a:

Casa di Cura La Madonnina, Via Quadronno 29/31 – 20122 Milano. Att.ne Ufficio Cartelle Cliniche.

Per qualsiasi informazione inerente la richiesta della copia della cartella clinica potete contattarci allo 02 58395.670/671/672 dal Lunedì al Venerdì dalle 08:00 alle 15:00.

La ringraziamo per aver scelto la Casa di Cura La Madonnina.



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto /a _____

Nato/a a _____ il _____

Interessato (paziente)

oppure

Persona legittimata (es: tutore, curatore, amministratore di sostegno, esercente la responsabilità genitoriale) *[compilare e allegare autocertificazione]* Quale persona legittimata ad accedere alla cartella clinica del paziente di cui sotto ho letto e compreso l'informativa privacy ex art. 13 del Regolamento Europeo RE (UE) 2016/679 sul trattamento dei miei dati personali.

Altra persona avente un diritto della personalità o di un altro diritto o libertà fondamentale che vuol esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ex art. 92 del dlgs. 196/2003, così come modificato dal dlgs. 101/2018 *[compilare e allegare autocertificazione]*. Quale persona avente diritto ad accedere alla cartella clinica del paziente sotto specificato ho letto e compreso l'informativa privacy ex art. 13 del Regolamento Europeo RE (UE) 2016/679 sul trattamento dei miei dati personali.

del paziente : _____

Ricoverato presso la struttura dal _____ al _____

CHIEDO

il rilascio di copia/e della cartella clinica, nel seguente formato:

ELETTRONICO

e-mail _____ stampatello leggibile _____ cellulare _____

CARTACEO n° ____ copia/e (inviata a mezzo Posta Raccomandata) cellulare _____

al seguente destinatario:

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ CAP _____ Citta' _____ Prov. _____

Data _____ Firma (del richiedente) _____

Allegato alla presente richiesta copia fronte/retro del documento d'identità del richiedente e, se il richiedente è persona differente, copia del documento d'identità dell'intestatario della documentazione sanitaria.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445)

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____
recapito telefonico _____
Documento di Riconoscimento _____

DICHIARO di essere a conoscenza :

- di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui si puo' andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci , sotto la propria responsabilità;
- che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

DICHIARO di:

Esercitare la potestà genitoriale sul minore (paziente)

Essere Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno (del paziente)

estremi del provvedimento di Nomina alla Tutela/Curatore/Amministratore di sostegno:

Essere erede (del paziente)

Essere altra persona avente un diritto della personalità o di in un altro diritto o libertà fondamentale che vuole esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ex art. 92 del dlgs. 196/2003, così come modificato dal dlgs. 101/2018.

ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____

Ricovero presso la Casa di Cura dal _____ al _____

Deceduto il (se applicabile) _____

Data ____/____/____ Firma del Dichiarante _____