

MODULO RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

Data della Richiesta: _____

Questo modulo può essere:

- consegnato presso lo sportello di pagamento istituito nell'area del **Centro Prelievi del PTV al piano terra, settore D**

oppure

- **inviato via fax al n° 06/ 20.90.04.17** unitamente alla copia dell'avvenuto bonifico (comprensivo di eventuali spese per carattere d'urgenza o di spedizione) a favore della Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata, conto corrente bancario n° 401108394, IBAN IT68V0300205157000401108394, Banca di Roma, ag. 264 codice filiale 31357 – causale obbligatoria: pagamento cartella clinica del paziente (indicare cognome e nome).

RICHIEDENTE

Io sottoscritto/a: cognome nome
nato/a a il tel.
cellulare e-mail

in qualità di intestatario della documentazione *oppure*

delegato

oppure

genitore esercitante la potestà

tutore

legale rappresentante

erede

È sempre necessario presentare, al momento del ritiro, la delega o la documentazione / autocertificazione attestante la titolarità ad effettuare il ritiro. L'erede testamentario deve obbligatoriamente presentare copia del testamento.

di: (dati personali del paziente)

cognome nome
nato/a a il

RICHIEDO N°..... COPIE CONFORMI DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA RELATIVA A:

	CARTACEA		CD
Ricovero in Area di Chirurgia	<input type="checkbox"/> € 20,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Ricovero in Area di Medicina	<input type="checkbox"/> € 20,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Ricovero in Area di Neuroscienze	<input type="checkbox"/> € 20,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Ricovero in Area di Neuroscienze (Clinica Sant'Alessandro)	<input type="checkbox"/> € 20,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/> € 30,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Day Surgery - Breve Osservazione	<input type="checkbox"/> € 10,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Day Hospital (- di 5 accessi)	<input type="checkbox"/> € 10,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Day Hospital (+ di 5 accessi)	<input type="checkbox"/> € 20,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Day Hospital (- di 5 accessi) (Clinica Sant'Alessandro)	<input type="checkbox"/> € 10,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Day Hospital (+ di 5 accessi) (Clinica Sant'Alessandro)	<input type="checkbox"/> € 20,00	e / o	<input type="checkbox"/> € 10,00
Ricovero breve (2/3 gg.) Oncologia	<input type="checkbox"/> € 3,00 ad accesso		
Ricovero breve (2/3 gg.) Dermatologia	<input type="checkbox"/> € 3,00 ad accesso		
Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> € 5,00		

CARATTERE D'URGENZA (per motivate ragioni di carattere sanitario documentate da certificato medico)

entro 15 giorni € 10,00

ESAMI DIAGNOSTICI EFFETTUATI DURANTE IL RICOVERO: il cd contenente TC, RM, PET-TC, RX e MAMMOGRAFIE può essere **richiesto direttamente all'Accettazione di Diagnostica per Immagini**, Piano Terra, settore G **dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.30 alle 12.30.**

Ricoverato nei seguenti periodi (per facilitare la ricerca si prega di fornire notizie precise sul ricovero):

	DAL	AL
	campo obbligatorio	
Degenza: Chirurgia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Neuroscienze <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/>		
Day Surgery <input type="checkbox"/> Breve Osservazione <input type="checkbox"/>		
Day Hospital (- di 5 accessi) <input type="checkbox"/> Day Hospital (+ di 5 accessi) <input type="checkbox"/>		
Ricoveri Brevi (2/3 gg.) Oncologia <input type="checkbox"/> Dermatologia <input type="checkbox"/>		

Richiedo che la consegna avvenga con le seguenti modalità:

- ritiro personale
- ritiro da persona delegata (cognome nome) – al momento del ritiro fornire delega e fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante.
- a mezzo **posta raccomandata**, con la spesa aggiuntiva di **€ 5**
- a mezzo **corriere**, con la spesa aggiuntiva di **€ 6** per consegna a Roma (entro il GRA), **€ 8** per consegna nella Regione Lazio e **€ 9** per consegna sul territorio nazionale al seguente indirizzo (indicare l'indirizzo più comodo al quale si desidera che sia spedita la documentazione, ad esempio casa, ufficio ecc...)

Destinatario

Via CAP Città..... Prov.

Note

Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della **Posta Raccomandata** anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.);

Il recapito tramite **Corriere per Roma (entro il GRA)** prevede la consegna del referto al diretto interessato previo appuntamento telefonico con l'operatore del Corriere stesso. Il recapito tramite **Corriere nella Regione Lazio e sul territorio nazionale** prevede la consegna entro 2 giorni lavorativi dalla spedizione e l'effettuazione di 3 tentativi di recapito per 3 giorni consecutivi, ciascuno con rilascio dell'avviso di tentata consegna.

Data..... Firma.....

Parte riservata all'Ufficio Ritiro Documentazione Sanitaria

Operatore:
Ritirata da:
Documento n.

Spedita il:
In data:
Rilasciato il:

Firma per il ritiro:
