

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° 101732298, IBAN IT 88 0 02008 05157 000101732298, Banca di Roma, ag. 264 codice filiale 31357 – causale obbligatoria: pagamento cartella clinica del paziente (indicare cognome e nome).

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

* unicamente da PEC aziendale PTV a PEC personale

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 **€ 8** per consegna su Roma e territorio nazionale al seguente indirizzo (indicare l'indirizzo più comodo al quale si desidera che sia spedita la documentazione, ad esempio casa, ufficio ecc...)
- via posta elettronica** unicamente da **PEC aziendale PTV a PEC personale** (Posta Elettronica

Certificata) senza alcuna spesa aggiuntiva **INDIRIZZO PEC:**

Destinatario

Via CAP Città..... Prov.

cellulare.....

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** prevede la consegna del referto al diretto interessato, entro 2 giorni lavorativi dalla spedizione, 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:
