

MODULO RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA* -Data della Richiesta: _____

Questo modulo può essere:

- consegnato presso lo sportello di pagamento istituito nell'area del Centro Prelievi del PTV oppure
- inviato via fax al n° 06/ 20.90.04.17 unitamente alla copia dell'avvenuto bonifico

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

in qualità di intestatario della documentazione *oppure*

- genitore esercitante la potestà compilare il riquadro sottostante e fornire, obbligatoriamente, documentazione che attesti il grado di parentela / affinità / patria genitoria
- tutore
- legale rappresentante di
- erede di

- delegato di allegare in tal caso apposita delega, documento di identità e fotocopia del documento di identità dell'interessato

(da compilare solo se l'intestatario della documentazione sia persona diversa dal richiedente)

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
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
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		
Pronto Soccorso Odontoiatrico	<input type="checkbox"/> gratuita		
Scheda Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> gratuita		
Scheda Ambulatoriale (Odontoiatria)	<input type="checkbox"/> gratuita		
TC / RM / PET-TC	<input type="checkbox"/> € 50,00		<input type="checkbox"/> € 10,00

RX / MAMMOGRAFIA € 15,00 ad immagine € 10,00
 CORONOGRRAFIA del € 10,00
 CARATTERE D'URGENZA € 10,00

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

	DAL	AL
Degenza: Chirurgia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Neuroscienze <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso Odontoiatrico <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"/>		
Ambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulatorio Odontoiatrico <input type="checkbox"/>		

Richiedo inoltre che la consegna avvenga con le seguenti modalità:

- ritiro personale
- ritiro da persona delegata (cognome nome)
- a mezzo posta raccomandata, con la spesa aggiuntiva di € 6 per copie su supporto cartaceo e 4 € per copie su supporto informatico, al seguente indirizzo:

Destinatario

Via CAP Città..... Prov.

Note

.....

Data.....

Firma.....

Parte riservata all'Archivio Cartelle Cliniche

Operatore:	Spedita il:
Ritirata da:	In data:
Documento n.	Rilasciato il:

Firma per il ritiro: