

## RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA E/O DEL CD CON ESAMI RADIOLOGICI DI RICOVERO

Il/la sottoscritto/a Nome e Cognome

Data di nascita: Luogo di Nascita

Residente a: Indirizzo:

Telefono:

Chiedo alla Direzione Sanitaria di Maria Cecilia Hospital il rilascio di una copia del/dei documenti di seguito indicati.

### COSTI SPEDIZIONE REFERTI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CD O LABORATORIO

	S.S.N.	PAGANTI/ ASSICURATI
1. Cartella clinica di Ricovero (comprensiva di eventuali CD con esami radiologici)	€ 48	€ 57,90
3. CD Esami radiologici	€ 10	€ 12,20

Questi documenti si riferiscono al mio ricovero presso l'Unità Operativa (U.O.)

dal al

Documento di identità: Numero:

Rilasciato il:

#### Opzioni di Ritiro:

- **Presso la struttura Maria Cecilia Hospital**
  - Personalmente
  - Delego il ritiro al Sig. / Sig.ra  
*(In questo caso, sono responsabile del ritiro)*

**NOTA:** È necessario presentarsi con un documento di identità per il ritiro della copia della cartella clinica e degli esami radiologici.

- Spedizione**

Autorizzo la spedizione della copia della cartella clinica con la dizione "riservata personale" all'indirizzo indicato di seguito:

Nome e Cognome:

Indirizzo:

CAP:

Città:

Provincia:

Tel.:

Firma:

Data:

## ANNOTAZIONI DELL'UFFICIO

La copia della cartella clinica viene rilasciata a:

- Paziente interessato
- Terzi delegati
- Agli eredi legittimi muniti di documenti probatori

Clinica N:

Anno:

Numero Fattura:

Data Fattura:

Firma dell'ufficio incaricato: