

MODULO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

RICHIEDENTE

Sig./ra Cognome Nome

in qualità di: paziente genitore tutore curatore rappresentante legale

 altro (specificare)

Data di nascita Luogo di nascita

Domicilio/ Residenza

Via N° civico

Recapito tel. Documento di identificazione Passaporto Carta d'identità

N° del documento Data di scadenza

CHIEDE

DOCUMENTO DA COPIARE

DI OTTENERE UNA COPIA PARZIALE DELLA CARTELLA SANITARIA

Specificare:

Lettera d'uscita Rapporto operatorio Esami di laboratorio / istologia
Elettrocardiogramma Esami di radiologia Altro: _____

DI OTTENERE UNA COPIA CONFORME COMPLETA DELLA CARTELLA SANITARIA

Della cartella clinica propria

Della cartella clinica del paziente

DATI DEL PAZIENTE
(SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Sig./ra Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Domicilio/ Residenza

Via N° civico

Recapito tel. Documento di identificazione Passaporto Carta d'identità

N° del documento Data di scadenza

ricoverato/a presso il reparto di

dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)

Data e Firma del richiede

(Usare penna di colore blu)

Data e Firma del paziente per consenso

(Usare penna di colore blu)

Il presente modulo in versione originale, riempito in tutti i campi, è da inoltrare alla Direzione Generale della Clinica Santa Chiara a mezzo posta. La documentazione richiesta Le sarà inviata direttamente presso il domicilio indicato nel modulo, in caso contrario specificare un indirizzo alternativo: