Auxologico IRCCS

AUXOLOGICO CAPITANIO
UFFICIO RICOVERI
Via Mercalli 30, Milano

MODALITA' DI RICHIESTA E RITIRO COPIA CONFORME DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICOVERO SSN

PARTE A – RICHIESTA

La richiesta può essere effettuata:
- Allo sportello di accettazione da lunedì a giovedì dalle 11.00 alle 13.00 (richiedere "richiesta cartella")
- Inviando il presente modulo firmato e gli allegati eventualmente necessari via mail all'indirizzo richiestacartelle.capitanio@auxologico.it

Dati paziente *(scrivere in stampatello)* – **Allegare documento di identità**

Cognome ..... **Nome** .....

Ricoverato nel reparto di .....

dal ..... **al** .....

In caso di necessità contattare

Tel ..... **Cell** .....

Dati richiedente

[ ] Il paziente maggiorenne (in caso di minore emancipato, allegare il provvedimento del Tribunale dei Minori)

[ ] Delegato del paziente (compilare delega sotto e allegare copia documento di identità)

[ ] Avente diritto

In caso di paziente defunto, allegare certificato di morte e stato di famiglia storico dal quale emerga che il richiedente è il coniuge/il figlio del defunto, o in mancanza di essi, è il padre o la madre del defunto stesso.

In caso di paziente interdetto, allegare copia del provvedimento di nomina tutore

Si richiede copia conforme di

[ ] Cartella clinica
[ ] Esami effettuati in corso di ricovero (specificare): .....
[ ] Altro (specificare): .....

Informazioni importanti:

- La prima richiesta di copia di Cartella Clinica è rilasciata a titolo gratuito. In caso di spedizione a domicilio il costo è a carico del richiedente.
- Copie successive alla prima saranno rilasciate previo pagamento della quota richiesta.

Per le corrette modalità di ritiro fare riferimento alla parte B.

Data .....

Firma del paziente/avente diritto/
entrambi i genitori se minorenne .....

Delega per richiesta:

Io sottoscritto _____ Documento n. _____

delego sig/ra _____ Documento n. _____

Firma _____

Nulla osta al rilascio del Direttore Medico di Presidio:

Consente il rilascio [ ] SI [ ] NO Firma _____

AUXOLOGICO CAPITANIO
UFFICIO RICOVERI
Via Mercalli 30, Milano

PARTE B – RITIRO

La copia conforme richiesta può essere:

- Ritirata allo sportello di accettazione a partire dal giorno successivo alla convocazione da parte dell'Ufficio Ricoveri (da lunedì a giovedì dalle 11.00 alle 13.00)
- Ricevuta al domicilio - costo di spedizione: 24.40 €

Indirizzo a cui inviare la documentazione *(scrivere in stampatello)*

.....

.....

Costi per copie successive alla prima:

- Ritirata allo sportello di accettazione: 30,50 €
- Ricevuta al domicilio: 54.90 €

Dati per bonifico per pagamento

BPER BANCA Filiale: Milano Piazza De Angeli
IBAN: IT 42S0538701656000049567775
BIC BPM OIT22XXX
Intestato a "Istituto Auxologico Italiano"
Causale = nome, cognome e data di nascita del PAZIENTE e data del ricovero
Cortesemente mandare ricevuta pagamento alla seguente mail: ricoveri.capitanio@auxologico.it

PER RITIRARE LA COPIA RICHIESTA E' NECESSARIO PRESENTARSI MUNITI

- Documento di identità in corso di validità di chi effettua il ritiro
- Delega compilata da parte del paziente/richiedente e suo documento di identità

Delega per ritiro:

Io sottoscritto ..... Documento n. .....

delego sig/ra ..... Documento n. .....

Firma _____

- *In caso di persona defunta, certificato di morte (nel caso il paziente non sia deceduto in ospedale) e stato di famiglia storico*
- *In caso di minore, stato di famiglia*

- In caso di richiesta di invio a domicilio, allegare anche ricevuta del pagamento

La copia deve essere ritirata entro 6 mesi dalla data indicata per il ritiro (superati i 6 mesi la copia verrà eliminata e sarà necessario ripetere la pratica e il pagamento.

La documentazione richiesta è stata consegnata a / inviata a:

Sig./ra _____ Documento n. _____

Firma per ricevuta/invio _____