

REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE
POLICLINICO
P.zza G. Cesare, 11 – 70124 BARI

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE
RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

NOME PAZIENTE _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ C.A.P. _____

VIA _____ N. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

RICOVERATO NELL'AZIENDA OSPED.-UNIV. CONSORZIALE PRESSO LE SEGUENTI UNITA' OPERATIVE

1) _____ DAL _____ AL _____

2) _____ DAL _____ AL _____

3) _____ DAL _____ AL _____

DEGENZA ORDINARIA DAY HOSPITAL DAY SURGERY

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DELLA SUDDETTA DOCUMENTAZIONE
SANITARIA PER USO _____

DESIDERA RICEVERE A DOMICILIO LA CARTELLA CLINICA CON SPESE A CARICO
DELL'INTERESSATO SI NO

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la documentazione sanitaria di cui si richiede copia è coperta da segreto professionale (art. 662 c.p.). La stessa può essere rilasciata al diretto interessato munito, **all'atto della richiesta**, di documento di riconoscimento in corso di validità; ad un terzo munito, **all'atto della richiesta**, di delega e documento di riconoscimento proprio e dell'interessato; al tutore in caso di minori o all'esercente la patria potestà in caso di soggetti interdetti; ai legittimi eredi in caso di morte, purché in possesso, **all'atto della richiesta**, di documentazione comprovante lo stato di eredi (atto sostitutivo di notorietà) e documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi della Delibera del Direttore Generale n. 1444 del 12/11/2004 il costo della cartella clinica è di € 7,00 se le pagine sono da 1 a 30, di € 15,00 se le pagine sono da 31 a 60, oltre 60 è di € 25,00

Il Referto di Pronto Soccorso ha un costo fisso di € 2,00

Il pagamento del documento richiesto può essere effettuato mediante versamento su c.c. postale n. 768705, intestato a: Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico P.zza G. Cesare, 11 – 70124 Bari o presso la Cassa dell'Ufficio Cartelle Cliniche (Si ritiene precisare che in caso di assenza dell'addetto all'Ufficio Cassa Cartelle Cliniche il pagamento deve essere effettuato presso la Cassa Centrale di questa Azienda situata all'interno del Padiglione "Asclepios").

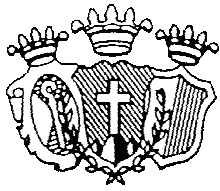
IMPORTANTE: Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la copia della documentazione sanitaria deve essere ritirata entro e non oltre gg. 90 dalla data in cui è stata approntata e giace presso questo Ufficio. Alla scadenza di detto periodo la stessa documentazione verrà distrutta. Per ottenere la stessa documentazione l'utente dovrà prioritariamente esibire ricevuta di versamento corrispondente al costo della documentazione distrutta, oltre ad effettuare un ulteriore versamento corrispondente al costo della identica documentazione sanitaria richiesta.

Bari _____

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE _____

FIRMA PER POTESTA' GENITORIALE PER I MINORENI _____

N.B.: SI COMUNICA CHE DALLE ORE 12.30 ALLE ORE 13.30 DI TUTTI I GIORNI, ESCLUSO IL SABATO, ED IL MARTEDI' DALLE ORE 17.30 ALLE ORE 18.30 E' ATTIVA UNA LINEA TELEFONICA (TELEFONO N. 080/5592955) ALLA QUALE L'UTENZA PUO' RIVOLGERSI PER OTTENERE INFORMAZIONI INERENTI LA RICHIESTA ED IL RILASCIO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA E LO STATO DELLA PROCEDURA RELATIVA ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE
POLICLINICO
P.zza G. Cesare,11 – 70124 BARI

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE
RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

CARTELLE CONSEGNATE

U.O. _____ C.N. _____ PAG. _____

U.O. _____ C.N. _____ PAG. _____

U.O. _____ C.N. _____ PAG. _____

DATA

FIRMA PER RICEVUTA