



GRUPPO SALATTO

CASA DI CURA
PROF. BRODETTI
VILLA IGEA

INDICAZIONI PER RICHIESTA E RITIRO CARTELLA CLINICA

1. COMPILARE MODULO ALLEGATO DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA
2. EFFETTUARE UN BONIFICO INTESTATO A CASA DI CURA PROF. BRODETTI SPA-VILLA IGEA AL SEGUENTE IBAN IT89J0200815703000043489135 – INDICANDO NELLA CAUSALE: NOME E COGNOME DEL PAZIENTE E N. DI CARTELLA CLINICA
 - IMPORTO 32,00 EURO PER RICHIESTA URGENTE (PER OGNI CARTELLA CLINICA)
 - IMPORTO 22,00 EURO PER RICHIESTA ORDINARIA (PER OGNI CARTELLA CLINICA)
 - **+ 14,00 IN CASO DI SPEDIZIONE A DOMICILIO**
3. REINVIARE IL TUTTO VIA EMAIL A: ufficioricoveri@villaigea.net
4. IL PAZIENTE SARA' CONTATTATO DA UN OPERATORE DELLA CASA DI CURA PER IL RITIRO.



GRUPPO SALATI B
CASA DI CURA
PROF. BRODETTI
VILLA IGEA

RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Cognome _____
 Nome _____
 Data e luogo di nascita _____
 Indirizzo _____
 N° tel. _____
 Unità Funzionale di Ricovero _____
 Data di ricovero _____
 Data di dimissione _____

Tariffa rilascio copia cartella clinica:

- URGENTE (entro 7 gg con documentazione disponibile) euro 32 iva compresa;
 ORDINARIA (entro 30 gg) euro 22 iva compresa;

Richiesta di spedizione a mezzo raccomandata
 A/R presso l'indirizzo su indicato

si
 no

Tariffa spedizione: euro 14,00

DATA:

FIRMA:

Il sottoscritto, esprimendo il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge Ue 2016/679 e s.m.i.,

DELEGA

Il sig. _____, nella qualità di _____

a ritirare la copia della propria cartella clinica esonerando l'amministrazione da ogni responsabilità penale e civile per la divulgazione di notizie di carattere sanitario e personale

Data

Firma del delegante

RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Per ricevuta:

Data

Firma

Il documento richiesto potrà essere ritirato esclusivamente esibendo questa richiesta compilata in tutte le sue parti:

- 1) dall'intestatario munito di documento di identità;
- 2) da altra persona delegata munita di proprio documento di identità, di delega scritta e documento di identità dell'intestatario.

RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

- Fattura emessa n. _____ del _____
- Cartella Clinica prot. n° _____ / _____
- Fotocopiata in data: _____
- Documento di identità: _____ n°: _____

Firma