



DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____
nato/a _____ il ____/____/____ residente a _____
via/piazza _____ cap _____ tel. _____
chiede

☐ per sé
☐ per conto del seguente utente (occorre delega o autocertificazione che legittimi la richiesta):
cognome e nome _____ cod. fiscale _____
nato/a _____ il ____/____/____ residente a _____
via/piazza _____ cap _____ tel. _____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA, FORMATO E TEMPISTICA

☐ CARTELLA CLINICA solo parte nativa digitale parziale (<i>diario medico, infermieristico e cartella fisioterapia</i>)	entro 7 giorni
☐ Documentazione integrativa della predetta cartella digitale, in copia semplice	entro 30 giorni
☐ CARTELLA CLINICA in copia semplice (cartacea o pdf costituito da parte nativa digitale e documenti integrativi scansionati)	completa, in unica soluzione, entro 30 giorni
☐ CARTELLA CLINICA in copia conforme (solo in formato cartaceo)	entro 30 giorni
☐ Immagini radiografiche su CD	entro 7 giorni
Altro (specificare): _____	entro 30 giorni

MOTIVI DI URGENZA specificare quali _____

RELATIVA ALLA DEGENZA PRESSO:

Reparto dal ____ al ____ Reparto ____ dal ____ al ____
Reparto dal ____ al ____ Reparto ____ dal ____ al ____
Reparto dal ____ al ____ Reparto ____ dal ____ al ____
Reparto dal ____ al ____ Reparto ____ dal ____ al ____

MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

☐ dal paziente, o dal delegato di questi o da soggetto legittimato, presso il **Centro Servizi** al NIC 1
☐ **al domicilio del paziente**, spedita in contrassegno, gravata delle spese postali
☐ per **e-mail**, al seguente indirizzo _____ **solo se la richiesta è presentata dallo stesso paziente**: altrimenti questi deve indicarlo specificamente nella delega;

Allega:

☐ attestato di **acconto** versato, **se dovuto** (costi dei servizi sul retro del presente modulo) e documento del paziente
☐ in caso di richiesta per altri: **delega** o **autocertificazione** (vedi modulo) e fotocopia del documento **d'identità anche del paziente delegante**

Data _____ **Firma del richiedente** (*leggibile*) _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

doc. riconoscimento del richiedente:

Nr. _____ **data di rilascio** _____ **autorità di rilascio** _____

La suddetta richiesta è pervenuta il _____ L'ADDETTO firma _____



Servizi gratuiti

prima richiesta di **copia** di cartella clinica **semplice**, anche in formato digitale (documenti nativi digitali oltre a documenti scansionati). NB La verifica è fatta d'ufficio in seguito alla richiesta. Se non si tratta di prima richiesta saranno applicati i costi più avanti descritti.

Certificato di degenza

Spedizione per e-mail

Servizi a pagamento

	Costo unit. €	Qn.	totale
Ulteriore richiesta di:			
- Copia di una cartella clinica (fino a 25 pagine)	8		
- Copia di una cartella clinica (fino a 50 pagine)	12		
- Copia di una cartella clinica (fino a 80 pagine)	16		
- Copia di una cartella clinica (fino a 150 pagine)	25		
- Copia di una cartella clinica (oltre le 150 pagine)	30		
Verbale/Referto di Pronto soccorso, da pagarsi alla richiesta	5		
Referto di visita ambulatoriale, da pagarsi alla richiesta	5		
Dritti di Conformità (per ciascuna cartella, <u>anche in caso di prima richiesta</u> , da pagarsi all'atto della richiesta)	15		
Immagine radiografica, Angiografie/Coronarografie su CD	9		
Spedizione postale al domicilio	da quantificare		

Acconti

per prima richiesta di copia conforme di cartella di ricovero, da pagarsi al momento della richiesta	15		
per ulteriore richiesta di copia semplice di cartella di ricovero, anche se in formato digitale (documenti nativi digitali oltre a documenti scansionati), da pagarsi al momento della richiesta	8		
per ulteriore richiesta di copia conforme di cartella di ricovero, solo cartacea, da pagarsi al momento della richiesta	23		
TOTALE			

L'eventuale **saldo** dovrà essere versato al momento del ritiro della cartella completa o al ricevimento della stessa al domicilio tramite contrassegno. Se interamente ricevuta per e-mail, il saldo dovrà avvenire prima della spedizione per e-mail e l'attestato dovrà essere recapitato per e-mail a **rccc@aou-careggi.toscana.it**

Il **pagamento** può essere effettuato:

- presso le casse per la riscossione automatica presenti all'interno dell'Azienda stessa, selezionando l'opzione "cartelle cliniche"
- tramite bonifico bancario su IBAN IT22N0503402801000000009610 intestato ad AOU CAREGGI indicando la causale "richiesta di documentazione sanitaria"
- tramite versamento sul conto corrente postale n°22755508 intestato ad AOU CAREGGI indicando la causale "richiesta di documentazione sanitaria"

Data _____ **Firma del richiedente (leggibile)** _____