


 OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO <b>Prof. E. Montanari</b> <small>Casa di Cura dall'1913</small>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>		
	<b>RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA</b>		 Rete della Salute
Edizione 4	Codice <b>IO 09/05</b>	Revisione: 0	Pag. 1 di 4

## “RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA”

<b>1.</b>	<b>SCOPO .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>DOCUMENTI DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>2</b>
<b>4.</b>	<b>DEFINIZIONI .....</b>	<b>2</b>
<b>5.</b>	<b>RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>2</b>
<b>6.</b>	<b>CONTENUTO.....</b>	<b>2</b>
<b>7.</b>	<b>ALLEGATI .....</b>	<b>4</b>

Rev.	Note sulla Revisione	Data	Redazione	Verifica	Approvazione
0	Emissione	01/07/2022	Resp Uff Ricoveri	RGQ	Direz sanitaria
1					
2					
3					
4					

	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>		
	<b>RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA</b>		
Edizione 4	Codice <b>IO 09/05</b>	Revisione: 0	Pag. 2 di 4

## 1. SCOPO ED OBIETTIVI

- Definire le modalità di richiesta della Cartella Clinica

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le cartelle cliniche

## 3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

P09

## 4. DEFINIZIONI

## 5. RESPONSABILITÀ

FIGURE RESPONSABILI	Addette Uff Ricoveri	Resp Uff Ricoveri
ATTIVITA'		
Raccolta richieste	R	C
Fotocopia documento	R	C
Consegna o invio	C	R

Legenda:



R: responsabile  
C: coinvolto

## 6. CONTENUTO

Il paziente ha la possibilità di richiedere copia della cartella clinica rilasciata in due modalità:

-DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA (cartella clinica completa). Servizio erogato entro trenta giorni dalla richiesta.

-DOCUMENTAZIONE SANITARIA ESSENZIALE - DSE (documenti disponibili al momento della dimissione: relazione clinica alla dimissione, risultati degli esami di laboratorio effettuati durante il ricovero, referti degli esami effettuati durante il ricovero, referti delle visite specialistiche effettuate durante il ricovero, eventuale registro operatorio, eventuale cartella anestesiologicala, eventuale cartella infermieristica di sala operatoria). Servizio erogato entro sette giorni dalla richiesta.

	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>		
	<b>RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA</b>		
Edizione 4	Codice <b>IO 09/05</b>	Revisione: 0	Pag. <b>3</b> di 4

### MODALITA' DI RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

La copia della cartella clinica va richiesta, da parte dell'interessato, presso l'Ufficio Ricoveri della Casa di Cura, al momento delle dimissioni, compilando apposito modulo (M 09/03 rev.2).

La richiesta può avvenire anche in un secondo momento

- tramite mail all'indirizzo [ricoveri@casadicuramontanari.it](mailto:ricoveri@casadicuramontanari.it),
- tramite PEC all'indirizzo [ricoveri@pec.casadicuramontanari.it](mailto:ricoveri@pec.casadicuramontanari.it) o
- tramite fax al numero 0541205713.

Il paziente riceverà il modulo di richiesta da compilare e re inviare nelle modalità indicate sopra con allegato documento di identità.

### MODALITA' DI RITIRO/SPEDIZIONE

Il paziente potrà decidere se ricevere la copia cartella clinica completa tramite

- spedizione posta raccomandata, al costo di 34.00 euro (spese di spedizione incluse),
- tramite PEC al costo di 25.00 euro
- ritirarla di persona
- con delega munita di copia del documento d'identità del delegante e del delegato al costo di 25.00 euro.

La Documentazione sanitaria essenziale-DSE ha un costo di 20.00 euro più eventuali spese di spedizione (9.00 euro).

In caso di decesso del paziente la copia della cartella clinica può essere richiesta e ritirata da un parente su presentazione di copia dell'atto di successione.

### PAGAMENTO DEL SERVIZIO



Il pagamento del servizio potrà essere eseguito

- tramite Bonifico Bancario (CREDITAGRICOLE CARIPARMA - AGENZIA MORCIANO DI ROMAGNA - IBAN IT 25 X 06230 67930000030020894 ) o
- direttamente in loco, presso l'Ufficio Ricoveri nelle modalità preferita tra contanti, bancomat e carta di credito.

### COPIA CONFORME

Nel caso in cui venga richiesta copia conforme all'originale, la copia è contrassegnata con timbro di copia conforme indicante il numero di facciate di cui si compone, firmata dal Direttore Sanitario e rappresenta la copia completa di tutta la documentazione contenuta nella cartella clinica stessa.

- Oltre che all'interessato o persona delegata dall'interessato ed

	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>		
	<b>RILASCIO COPIA CARTELLA CLINICA</b>		
Edizione 4	Codice <b>IO 09/05</b>	Revisione: 0	Pag. 4 di 4

- agli eredi legittimi

la cartella clinica può essere rilasciata a richiesta a:

- tutore o chi esercita la potestà genitoriale in caso di minori
- all'autorità giudiziaria
- ad enti previdenziali (INAIL, INPS)
- ad altre strutture del SSN

#### RECAPITI TELEFONICI

0541988129 premere tasto 2 per Ufficio Ricoveri oppure tasto 4 interni diretti 430-431-434

Mail : [ricoveri@casadicuramontanari.it](mailto:ricoveri@casadicuramontanari.it)

PEC : [ricoveri@pec.casadicuramontanari.it](mailto:ricoveri@pec.casadicuramontanari.it)

## 7. ALLEGATI

M 09/03	Modulo richiesta cartella clinica

## RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

### INTESTATARIO DELLA CARTELLA

NOMINATIVO: .....  
 C.F.: .....  
 INDIRIZZO: .....  
 CAP: ..... COMUNE: ..... PROVINCIA: .....  
 TELEFONO: .....

### RICHIEDENTE (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

NOMINATIVO: .....  
 C.F.: .....  
 INDIRIZZO: .....  
 CAP: ..... COMUNE: ..... PROVINCIA: .....  
 TELEFONO: .....

Consapevole delle responsabilità previste dall'Art.76 del d.p.r. 445/200, in caso di dichiarazioni mendaci

#### DICHIARA DI ESSERE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Genitore esercente la patria potestà<br><input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno*<br><input type="checkbox"/> Erede (con il consenso degli altri eredi) | <input type="checkbox"/> Tutore*<br><input type="checkbox"/> Curatore*<br>* (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale) |
|---|--|

- Copia Cartella Clinica Completa  
 Copia Cartella Clinica Essenziale

#### CHIEDE

**Reparto** .....

**N° Cartella** .....

2023 / DEG / .....

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

**Data** .....

**Firma** .....

**(Allegare documento di identità)**

#### Modalità di ritiro:

- ritiro di persona con presentazione di documento di riconoscimento
- ritiro con delega e presentazione di documento del paziente e della persona che ritira
- invio a mezzo posta al seguente indirizzo .....
- ritiro con atto di successione e presentazione di documento di riconoscimento