

Cartella clinica: richiesta di copia per ricovero all'Ospedale Civile di Baggiovara

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

telefono (fisso) | cellulare

e-mail

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

il diretto interessato

il genitore (con la responsabilità legale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

il tutore il curatore l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

l'erede

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

stato convivente (di persona deceduta) stabilmente per anni

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | deceduto/a il | a

CHIEDO

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

la copia semplice in formato PDF della cartella clinica

la copia semplice in formato CARTACEO della cartella clinica

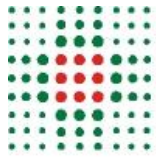
la copia semplice in formato CD della cartella clinica

la copia autenticata in formato CARTACEO della cartella clinica del ricovero presso

l'Ospedale Civile di Baggiovara

nel reparto di

data del ricovero



nel reparto di _____

data del ricovero _____

ALLEGO

- la copia di un mio documento di identità in corso di validità *(escluse le richieste sottoscritte con firma digitale)*

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ricevere la cartella via e-mail con PDF criptato all'indirizzo e-mail:*

n. di cellulare*: _____

ricevere la cartella all'indirizzo PEC:

ricevere la copia per posta, con pagamento in contrassegno, all'indirizzo: _____

Via _____

Comune _____

CAP _____

Prov. _____

** Per aprire il file criptato è necessario un codice (OTP) che vi giungerà immediatamente con SMS sul cellulare. A tal fine è indispensabile sia fornire e-mail che n. di cellulare.*

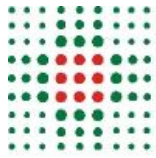
SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda O-U di Modena effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma *(per esteso e leggibile)* _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA REG. (UE) 679/2016, ART. 13

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può consultare la pagina internet all'indirizzo http://www.aou.mo.it/privacy_paziente



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere la copia della cartella clinica

Può presentare la sua richiesta:

- via fax al numero 059/3961239
- via e-mail all'indirizzo: copiacartella.baggiovara@aou.mo.it
- per Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo affarigenerali@pec.aou.mo.it
- per posta ordinaria all'indirizzo: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Ospedale Civile di Baggiovara, Via Giardini n°1355 – 41126 Modena

Informazioni 059/3961001 dal lunedì al venerdì 11:00-12:30

ATTENZIONE! Se sceglie di inviare la richiesta per fax, tramite e-mail o tramite servizio postale, deve allegare obbligatoriamente la fotocopia di un suo documento di identità in corso di validità ad esclusione delle richieste sottoscritte con firma digitale.

Tariffe

La copia in formato PDF della cartella clinica costa € 10

La copia semplice in formato CARTACEO della cartella clinica costa € 10

La copia in formato CD costa € 10

La copia autenticata della cartella clinica ha un costo che si basa sul numero dei fogli:

- 15 € fino a 50 fogli
- 25 € da 51 a 150 fogli
- 35 € oltre i 150 fogli.

Dove e come pagare

- Alle Casse automatiche della Aziende sanitarie della Provincia, in contanti, con bancomat e, in alcuni casi, anche con carta di credito.
- On-line collegandosi al sito www.pagonlinesanita.it digitando il codice inviato per posta elettronica all'Ufficio Copia Cartelle Cliniche successivamente alla richiesta.
- Attraverso il modello 3 di pagoPA® seguendo le indicazioni riportate sul foglio pagoPA avviso di pagamento.
- In contrassegno se è stata richiesta la spedizione a domicilio.