



MODULO DI RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
 Ufficio Cartelle Cliniche
 Tel. 02.6444.2212 – Fax 02.6444.3128

Milano, ____/____/____

Il sottoscritto/a Cognome e nome.....

Nato /a a..... il ____/____/____

Residente a CAP ____ (Prov. ____)

Via /Piazza..... n. ____

Telefono abitazione ____ / ____ cellulare ____

Documento di identità n. ____ che allego in fotocopia (fronte – retro)consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

CHIEDO

- in qualità d'intestatario della documentazione sanitaria richiesta
- in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale
- in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (allegare provvedimento)
- in qualità di erede

- Cartella clinica del ricovero dal ____ al ____
- Estratto cartella clinica (disponibile solo per cartelle redatte dal 1.1.2016) del ricovero dal ____ al ____
- Tutte le cartelle cliniche dei ricoveri dal ____ al ____
- Immagini di radiologia su cd (Rx, tac, RMN) del ____ oppure dal ____ al ____
- Coronarografie su cd del ____ oppure dal ____ al ____
- Documentazione dell'ambulatorio di ____
- Verbale di pronto soccorso dal ____ al ____
- Certificati di ricovero con diagnosi dal ____ al ____
- Certificati di ricovero senza diagnosi dal ____ al ____
- Referto autoptico
- RUR - ricetta unica regionale. data appuntamento ____ per visita/esame ____

SI RICHIEDE LA SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO alla tariffa postale vigente all'indirizzo di cui sopra o a quello qui di seguito specificato:.....

Note: per conferma dell'avvenuta ricezione del fax telefonare al n. 02.6444.2212 (in caso di fax illeggibile la richiesta non potrà essere evasa)

Firma del richiedente

✂-----



MODULO DA UTILIZZARE PER LA DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

il sottoscritto /a..... delego il/la Sig. /ra
 (Firma del richiedente) (Cognome e nome del delegato)

a ritirare la documentazione sanitaria richiesta.

 (Firma del delegato)