

Richiesta di rilascio della documentazione clinica
La richiesta deve essere inoltrata per posta, fax o e-mail

Alla Direzione Medica dell'Ospedale (sceglia uno dei seguenti indirizzi):

- ☐ Bolzano | via Lorenz Böhler 5, 39100 Bolzano (BZ) | tel. 0471 908 210 | fax 0471 908 831 | e-mail: ccdirmed.bz@sabes.it
- ☐ Bressanone | via Dante 1, 39042 Bressanone (BZ) | tel. 0472 812 401 | fax 0472 812 409 | e-mail: sandir.bx@sabes.it
- ☐ Brunico | via Ospedale 11, 39031 Brunico (BZ) | tel. 0474 5810 002/3 | fax 0474 581 001 | e-mail: sandir.bk@sabes.it
- ☐ Merano | via Rossini 5, 39022 Merano (BZ) | tel. 0473 264 002/9 | fax 0473 264 688 | e-mail: KKGesch@sabes.it
- ☐ San Candido | via Freising 2, 39038 San Candido (BZ) | tel. Fax 0474 917 125 | fax 0474 917 121 | e-mail: innsta@sabes.it
- ☐ Silandro | via Ospedale 3, 39028 Silandro (BZ) | tel. 0473 735 550 | fax 0473 735 874 | e-mail: sandir.schl@sabes.it
- Vipiteno | via S. Margherita 24, 39049 Vipiteno (BZ) | tel. 0472 774 312 | fax 0472 774 319 | e-mail: sandir.st@sabes.it

Il sottoscritto/La sottoscritta
nato/a a il
residente a
documento d'identificazione n. rilasciato da
il tel.

chiede

- ☐ il rilascio in copia della **propria** documentazione clinica

oppure

- ☐ il rilascio in copia della documentazione clinica **di**
nato/a a il
residente a

Motivo dell'Accesso	Divisione/Servizio	Data/Periodo	Documentazione clinica
☐ Ricovero ospedaliero (Ricovero ordinario, Day Hospital, Day Surgery)	(prego indicare)	(prego indicare)	Cartella clinica
☐ Assistenza ambulatoriale (anche Day Service)	(prego indicare)	(prego indicare)	Scheda ambulatoriale
☐ Esame diagnostico	(prego indicare)	(prego indicare)	(prego indicare) ☐ Referto ☐ CD (esclusivamente diagnostica di immagine)
☐ Accesso di Pronto Soccorso	Pronto Soccorso	(prego indicare)	Verbale di Pronto Soccorso

☐ Unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI)	Unità di osservazione del Pronto Soccorso	(prego indicare) _____ _____ _____	Verbale di ricovero _____
---	---	---	------------------------------

e dichiara

avvalendosi della disposizione dell'art. 47 comma 3, Testo Unico sulla documentazione amministrativa (DPR n.445/00) barrando le caselle che interessano e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci, di essere:

- ☐ il/la titolare della documentazione
- ☐ l'esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ il tutore/la tutrice della persona suddetta
- ☐ l'amministratore di sostegno/l'amministratrice di sostegno della persona suddetta ed avendo la specifica competenza in relazione al decreto di nomina per la presentazione della domanda
- ☐ l'erede legittimo in qualità di
- ☐ il delegato/la delegata del/della titolare della documentazione (a questa richiesta deve essere inoltre allegata: la delega opportunamente sottoscritta dall'avente titolo ed una copia di un documento d'identità in corso di validità di quest'ultimo)
- ☐ il delegato/la delegata del/della titolare della documentazione (a questa richiesta deve essere inoltre allegata: la delega opportunamente sottoscritta dall'avente titolo ed una copia di un documento d'identità in corso di validità di quest'ultimo)

Modalità di consegna della documentazione

- ☐ Si chiede che la copia sia indirizzata al seguente indirizzo (pagamento in contrassegno):
.....
- ☐ Il/la richiedente ritira la copia.
- ☐ È delegato per il ritiro:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica „Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato al rilascio di copia della documentazione clinica” esposta presso l'Ufficio accettante la richiesta e sul link <http://www.sabes.it/it/servizi-informazione.asp>.

Luogo e data

Firma del/della richiedente

Allegato: copia di un documento d'identificazione in corso di validità del/della richiedente

Ritiro della documentazione

Il sottoscritto/La sottoscritta
nato/a a il
residente a
documento d'identificazione n. rilasciato da
il ha ritirato la documentazione in data

Firma del/della ricevente