

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

*Cortesemente compilare in Stampatello (*campi obbligatori)*

Il/la Sottoscritto/a: cognome* _____ nome* _____
nato/a il* ___/___/___, nel Comune di _____ codice Fiscale* _____
residente in via* _____ nel Comune* di _____ Prov.* _____
domicilio in via* _____ nel Comune* di _____ Prov.* _____
cellulare* _____ e-mail, _____, consapevole, in caso di
dichiarazione mendace, delle sanzioni previste dalla normativa vigente in materia,

DICHIARA

di essere: Titolare della documentazione clinica
oppure di essere: Genitore esercente la potestà parentale Tutore
 Erede legittimo⁽¹⁾ (specificare grado di parentela _____) Curatore
 Erede testamentario⁽¹⁾ o Convivente⁽¹⁾ Amministratore di sostegno

del Titolare della documentazione clinica:

cognome* _____ nome* _____
nato/a il* ___/___/___ nel Comune di* _____ Prov.* _____

RICHIESTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- Verbale di Pronto Soccorso. Certificato Autoptico. Coronarografia.
 Cartelle Cliniche, di cui si richiede: entro 7 gg. documentazione disponibile al momento della richiesta,⁽²⁾
oppure: entro 30 gg. documentazione completa.⁽³⁾

Le Cartelle Cliniche richieste si riferiscono ai seguenti ricoveri:

Presidio	Reparto di ricovero	dalla data	alla data
_____	_____	___/___/___	___/___/___
_____	_____	___/___/___	___/___/___
_____	_____	___/___/___	___/___/___
_____	_____	___/___/___	___/___/___
_____	_____	___/___/___	___/___/___

Inoltre dispone che la documentazione richiesta, quando pronta, possa essere:

- spedita al proprio domicilio o al seguente indirizzo⁽⁴⁾: Via _____ n. _____
CAP _____ Comune di _____ (____)
 ritirata da Persona⁽⁵⁾ da me delegata (cognome) _____
(nome) _____ nato/a il ___/___/___ a _____ (____)

Data di compilazione ___/___/___

_____ Firma del/la Richiedente⁽³⁾

- Legenda:* 1) La casella può essere barrata solo nel caso in cui il Titolare sia deceduto.
2) Sarà in consegna allo sportello entro 7 gg dalla richiesta, mentre la cartella clinica completa sarà in consegna allo sportello entro 30 gg.
3) Sarà in consegna allo sportello entro 30 gg dalla richiesta.
4) La documentazione può essere spedita solo al Titolare/Richiedente. Questo Ufficio non risponde dei tempi di spedizione.
5) Allegare copia fotostatica fronte retro di un documento di identità legalmente valido;

A cura dell'Ufficio Riproduzione Atti

Pratica N.	Data	Firma dell'Operatore	Importo

INFORMAZIONI PER LA RICHIESTA ED IL RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cosa si può richiedere

La documentazione che si può richiedere è la seguente:

- Cartella Clinica: Documentazione disponibile al momento della richiesta o Cartella Clinica completa (se il ricovero è avvenuto tramite il Pronto Soccorso, la cartella clinica contiene anche il corrispondente verbale di Pronto Soccorso).
- Verbale di Pronto Soccorso; Certificato Autoptico; Coronarografia.

Chi può richiedere

La documentazione clinica può essere richiesta dal Titolare della documentazione stessa, cioè la Persona a cui la documentazione clinica si riferisce.

Di seguito sono riportati alcuni casi particolari:

- Il Titolare della documentazione è minorenne: la documentazione può essere richiesta dal Genitore esercente la potestà parentale.
- Il Titolare della documentazione è deceduto: la documentazione può essere richiesta dall'erede legittimo o dall'erede testamentario o dal convivente.
- Il Titolare della documentazione non è in possesso della capacità di agire: la documentazione può essere richiesta dal tutore/curatore/amministratore di sostegno.

Come richiedere

La richiesta può essere effettuata solo ed esclusivamente utilizzando l'apposito modulo "Richiesta di documentazione clinica". Il modulo di richiesta può essere ritirato all'Ufficio Riproduzione Atti (U.R.A.) o scaricato dal sito aziendale. Detto modulo, una volta compilato, potrà essere consegnato, unitamente alla ricevuta di avvenuto pagamento del servizio richiesto, direttamente allo sportello dell'U.R.A. negli orari di apertura al pubblico o inviato a mezzo posta, fax o e-mail, allegando fotocopia della ricevuta di pagamento e copia fotostatica fronte retro di un documento d'identità legalmente valido del Richiedente e del Titolare (qualora quest'ultimo sia soggetto diverso dal Richiedente). In caso di richiesta via e-mail, la documentazione dovrà essere scannerizzata e trasmessa in formato pdf.

Nel caso in cui, nell'attività di ricerca, venga rilevata la presenza di ulteriori ricoveri importanti per il completamento della pratica, sarà cura dell'U.R.A. contattare il Richiedente per l'eventuale completamento della richiesta.

Rilascio della documentazione richiesta

La documentazione sanitaria richiesta sarà rilasciata dall'U.R.A. secondo le seguenti modalità:

- Direttamente al Richiedente, nell'orario di apertura al pubblico.
- Inviata al Richiedente, all'indirizzo del proprio domicilio od altro indirizzo indicato dal richiedente.
- Ad una Persona delegata dal Richiedente nel modulo di richiesta, previa presentazione di una copia fotostatica fronte retro di un documento d'identità legalmente valido della Persona delegata.

La consegna della documentazione clinica sarà garantita allo sportello dell'U.R.A. entro i termini previsti dalla normativa vigente in materia (entro 7 giorni per la documentazione disponibile al momento della richiesta; entro 30 giorni per la documentazione completa). Questo Ufficio non risponde di eventuali ritardi dovuti ai tempi di spedizione.

Come pagare

Il pagamento dei costi di riproduzione dovrà essere effettuato al momento della richiesta (13 euro per ogni copia di cartella clinica relativa ad un singolo ricovero ordinario o Day Hospital; 3 euro per ogni Verbale di P.S., Certificato Autoptico, Coronarografia; + 6,50 euro per eventuali spese di spedizione nel territorio italiano; per le spedizioni all'estero, sono applicate le [tariffe delle Poste Italiane per la posta raccomandata internazionale](#)).

Il pagamento potrà avvenire:

- presso le Casse Ticket dell'A.O.U. Ospedali Riuniti;
- attraverso conto corrente bancario: UBI Banca S.p.A.
INTESTAZIONE: AOU Ospedali Riuniti "Umberto I – Lancisi – Salesi" - Via Conca n.71 - 60126 Ancona
CODICE IBAN:IT 55 L03 111 026 000 000 000 04 017; CODICE BIC/SWIFT: BLO PIT 22
CAUSALE: pagamento riproduzione atti, Nominativo del Titolare della documentazione + (eventuale) spedizione
- attraverso conto corrente postale: Posteitaliane S.p.A.
INTESTAZIONE: AOU Ospedali Riuniti "Umberto I – Lancisi – Salesi" - Via Conca n.71 - 60126 Ancona
CODICE IBAN: IT 08 L07 601 026 000 000 167 84 605; CODICE BIC/SWIFT: BPPITRXXX
CAUSALE: pagamento riproduzione atti, Nominativo del Titolare della documentazione + (eventuale) spedizione

Al ritiro l'utente dovrà versare, se dovuta, la differenza di tariffa nel caso in cui nell'attività di ricerca, venga rilevata la presenza di ulteriori ricoveri importanti per il completamento della pratica.

Nel caso di pagamenti in eccesso rispetto al dovuto, si potrà effettuare la richiesta di rimborso tramite un apposito modulo rilasciato dall'U.R.A. al momento della consegna della documentazione riprodotta.

Informazioni utili

Tel: 071 596 4134 (dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09:30 alle ore 11:30);

Fax: 39 071 596 3868; E-mail: cartellecliniche@ospedaliriuniti.marche.it

Orari apertura al pubblico U.R.A.: dal Lun. al Sab. dalle ore 09:30 alle ore 11:30;

Orari apertura al pubblico Cassa Ticket: dal Lun. al Ven. dalle ore 07:45 alle ore 19:00; Sab. dalle ore 07:45 alle ore 13:00;