

Redatto da	Verificato da	Approvato da
Frisoni Laretta (Segreteria Direzione Sanitaria)	Bertini Simona (Responsabile ufficio qualità e accreditamento SetS)	Montesi Massimo (Direttore sanitario SetS)
Revisione 0 - 30/11/2023		

SOL ET SALUS

Direzione Sanitaria - Sol Et Salus

IO04 P07 Richiesta copia cartella clinica

<i>Copertina</i>	1
<i>Sommario</i>	2
<i>Informazioni Istruzione</i>	3
<i>Attività operative</i>	4

Oggetto

Definire tempi, modi e responsabilità per la consegna della copia di cartella clinica.

Scopo

Garantire tempestività, qualità e corrette modalità di consegna della copia della documentazione sanitaria dei pazienti ricoverati presso Sol et Salus.

Campo di applicazione

Tutte le richieste di cartelle cliniche di tutte le UUOO di degenza.

Responsabile

Il responsabile della corretta applicazione dell'istruzione è il Direttore Sanitario

ATTIVITA' OPERATIVE

La cartella clinica può essere richiesta dall'**avente diritto** a mezzo di:

- pec personale del ricoverato o di persona avente diritto
- mail personale del ricoverato o di persona avente diritto
- persona, ricoverato stesso o persona avente diritto

scrivendo a **dirsan@soletsalus.com** oppure a **dirsan@pec.soletsalus.com** al costo fisso di **€20**

La Direzione Sanitaria provvede ad inviare/consegnare al richiedente il modulo R01 P07 richiesta copia cc e R03 P07 Delega per ritiro copia CC che devono essere compilati, corredati da tutta la documentazione necessaria e riconsegnati/spediti alla segreteria della direzione sanitaria.

Una volta ricevuta la documentazione inoltra la richiesta all'ufficio ricoveri che provvede a fare la copia della cartella clinica in caso la cartella sia archiviata presso l'archivio interno di Sol et Salus oppure l'ufficio ricoveri provvede ad inviare la richiesta al fornitore detentore del nostro archivio che garantisce l'invio della copia entro 24 ore dalla richiesta.

La copia ricevuta/stampata viene consegnata alla segreteria della direzione sanitaria, che provvede a farla vidimare dal Direttore sanitario o dal F.F. rendendola così conforme all'originale.

Successivamente la Direzione Sanitaria provvede all'invio/consegna al richiedente attraverso:

- pec personale se posseduta senza costi aggiuntivi (oltre ai 20€ già richiesti)
- posta ordinaria senza costi aggiuntivi (oltre ai 20€ già richiesti)
- posta raccomandata al costo aggiuntivo di €10 (oltre ai 20€ già richiesti)
- consegna di persona

Rimini, _____

ALLA DIREZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ n° _____ tel. _____
documento di identità _____

CHIEDO

- per me medesimo,
oppure
 nella veste di _____
per il/la Sig. _____
nato/a a _____ il _____
documento di identità _____

come da delega scritta dell' interessato, allegata, il rilascio della/e **COPIA/E
CARTELLA CLINICA** relativa/e al/ai seguente/i ricovero/i:

dal _____ al _____ N. _____ Reparto _____

dal _____ al _____ N. _____ Reparto _____

dal _____ al _____ N. _____ Reparto _____

- Chiedo che la documentazione clinica richiesta sia inviata a mezzo posta
all' indirizzo suindicato o al seguente indirizzo:

 Provvederò al ritiro personalmente o per persona delegata.

firma del richiedente

- Dichiaro di aver ritirato la documentazione clinica di cui sopra in data _____

firma

REDAZIONE			APPROVAZIONE			VERIFICA		
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto
6/4/99	RAQ		6/4/99	RAQ		7/4/99	Direttore Sanitario	

Rimini, _____

ALLA DIREZIONE SANITARIA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____
in Via _____ n° _____ tel. _____
documento di identità _____

DELEGA

il/la Sig. _____
nella veste di _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____
in Via _____ n° _____ tel. _____
documento di identità _____

a ritirare presso la Casa di Cura "SOL et SALUS" di Torre Pedrera di Rimini,

copia della/e cartella/e clinica / comprese radiografie

riferentesi alla/e degenza/e del _____

l'esito dell'esame

riferentesi all'esame _____

effettuato in data _____

In Fede

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto
6/4/99	RAQ		6/4/99	RAQ		7/4/99	Direttore Sanitario	