



INFORMAZIONI PER LA RICHIESTA E IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA E/O DI ESAMI RADIOLOGICI

La richiesta di copia della cartella clinica o degli esami radiologici effettuati durante il ricovero può essere presentata dal diretto interessato (il paziente) con le seguenti modalità:

✘ compilando il modulo 138 in Portineria

La richiesta deve essere compilata in tutte le sue parti, firmata, corredata di copia documento identità del richiedente e/o paziente e consegnata in Portineria. L'utente deve chiaramente indicare se vuole ritirare la documentazione di persona (o tramite delegato) o se preferisce che gli venga spedita all'indirizzo indicato.

✘ inviando una richiesta a mezzo fax al n. 02/23942197

La richiesta in carta semplice deve essere firmata e accompagnata da copia del documento d'identità del richiedente e/o del paziente, indicando recapito telefonico e indirizzo a cui vuole che la cartella sia spedita.

✘ inviando una richiesta a mezzo posta ordinaria

La richiesta in carta semplice deve essere firmata e accompagnata da copia del documento d'identità del richiedente e/o del paziente, indicando recapito telefonico e indirizzo a cui vuole che la cartella sia spedita. Va spedita alla Fondazione Istituto Neurologico C. Besta – Via Celoria 11 – 20133 Milano – c.a Archivio Sanitario e Radiologico

✘ inviando una richiesta a mezzo mail a archivosanitario@istituto-besta.it o a mezzo PEC a archivosanitario@pec.istituto-besta.it,

La richiesta deve essere corredata da scansione del documento d'identità del richiedente e/o paziente e deve indicare, tra l'altro, le modalità scelte per il ritiro ed il nome dell'eventuale delegato. E' possibile indicare un indirizzo PEC sul quale richiedere la trasmissione della sola cartella clinica in formato PDF.

Regole speciali

Minori: uno dei genitori (o entrambi) può richiedere la copia della cartella clinica per il proprio figlio, unendo alla richiesta copia del proprio documento d'identità.

Tutori/Amm. di Sostegno: in caso di paziente con tutore, la richiesta viene presentata come sopra indicato.

Erede legittimo: in caso di paziente deceduto, la richiesta può essere presentata da un erede legittimo (come sopra indicato).

Informazioni

Eventuali informazioni possono essere richieste a:

- Ufficio Archivio - tel. 02/23942332, da lunedì a giovedì dalle 14 alle 16;
- URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) - tel. 02/23942292, lunedì- venerdì 9.00-12.00 e 13.00-15.00.

Formato cartella ed esami radiologici

La cartella clinica e/o gli esami radiologici vengono forniti esclusivamente su supporto informatico (CD o DVD) o, nel caso della sola cartella clinica, in formato PDF con firma digitale tramite PEC.

Pagamento, Modalità e Tempi di ritiro:

- € 20 per la copia digitale su CD o tramite PEC della singola cartella clinica;
- € 20 per la copia digitale su CD o DVD di esami radiologici.

In caso di invio tramite PEC, la trasmissione può avvenire solo a fronte del pagamento anticipato delle spese, comprovato dalla trasmissione, tramite fax al n. 02/23942197 o tramite posta elettronica all'indirizzo



RICHIESTA COPIA AUTENTICA DI CARTELLA CLINICA E/O DI ESAMI NEURORADIOLOGICI

COD.: MODI38

archivosanitario@pec.istituto-besta.it, della ricevuta di versamento dell'importo previsto oppure, in caso di pagamento presso la Cassa della Fondazione, della consegna in Portineria della ricevuta di pagamento.

In caso di spedizione, con raccomandata, il richiedente dovrà sostenere le ulteriori seguenti spese di invio:

- € 6,50 con pagamento anticipato allo sportello;
- € 8,20 con spedizione a mezzo raccomandata contrassegno;
- € 17,00 per spedizioni all'estero, da pagarsi anticipatamente allo sportello.

Il pagamento può essere effettuato presso gli sportelli nei seguenti orari:

Lunedì, ore 8.30-19.00 | da martedì a giovedì, ore 8.30-19.30 | venerdì, ore 8.30-16.45

Nel caso di ritiro presso lo Sportello Ritiro Referti, chi ha provveduto ad effettuare il pagamento anticipato delle spese dovrà esibire la ricevuta di versamento dell'importo previsto.

La copia della cartella clinica e/o degli esami radiologici viene consegnata solo dietro esibizione di un documento di identità valido.

La cartella clinica sarà disponibile per la copia presso l'Archivio entro 30 giorni dalla data di dimissione del paziente. Le copie degli esami neuroradiologici potranno essere ritirate 10 giorni dopo la data di presentazione della richiesta.

Ritiro di persona

La copia della cartella clinica e/o degli esami radiologici può essere ritirata presso lo Sportello Ritiro Referti della Fondazione, da lunedì a giovedì, dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 19.00, il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle 17.

Per la cartella clinica, il personale dell'Archivio Sanitario provvede a contattare il richiedente per comunicare la data a partire dalla quale la copia sarà disponibile per il ritiro presso lo Sportello Ritiro Referti.

Spedizione

Si può richiedere la spedizione della documentazione all'indirizzo indicato sulla richiesta, pagando l'importo previsto, comprensivo delle spese di spedizione precedentemente indicate, all'atto della richiesta (se effettuata presso La Portineria) o quando si riceverà la documentazione.

Delega

Il richiedente può delegare un'altra persona al ritiro della copia della documentazione. Il delegato dovrà presentarsi presso lo Sportello Ritiro Referti, munito di delega per il ritiro (compilata sull'apposita modulistica presente in Portineria o in carta semplice o il cui nominativo sia indicato a tale scopo all'interno della mail di richiesta), copia di documento d'identità del delegante e documento d'identità proprio.

In mancanza di uno di questi documenti, la documentazione non potrà essere consegnata.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Il titolare del trattamento è la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", C.F. 01668320151 P.IVA 04376340156, Via Celoria 11, 20133 Milano. I dati di contatto del titolare sono i seguenti: Tel. (+39) 02 23941 – E-mail: direzione.generale@istituto-besta.it – PEC: protocollo@pec.istituto-besta.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede del titolare, e consultabile anche sul sito <https://www.istituto-besta.it/privacy>

La Direzione Medica

Per ricevuta

Milano, ____ / ____ / ____

L'operatore _____



**RICHIESTA COPIA AUTENTICA DI CARTELLA CLINICA E/O
DI ESAMI NEURORADIOLOGICI**

COD.: MODI38

All'Ufficio Archivio Sanitario - Direzione Medica di Presidio
Fondazione IRCCS - Istituto Neurologico "Carlo Besta"
Via Celoria, 11 - Milano
Fax 02/23942197 - Tel. 02/23942332

Milano, ___ / ___ / ___

Io sottoscritto cognome _____ nome _____

nato il ___ / ___ / ___ a _____ Prov _____

residente/domiciliato a _____ in Via/P.zza _____

n _____ CAP _____ tel _____

CHIEDO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE DI SEGUITO INDICATA RELATIVA A

ME STESSO

AL PAZIENTE

cognome _____ nome _____

nato/a il ___ / ___ / ___ a _____ Prov _____

in qualità di:

genitore/i esercente la potestà genitoriale

tutore

amministratore di sostegno

erede legittimo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

cartella clinica relativa al ricovero presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "C. Besta"

➤ nella Unità Operativa di _____ dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

➤ nella Unità Operativa di _____ dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

esami radiologici eseguiti durante il ricovero effettuato presso la Fondazione IRCCS "C. Besta"

nella Unità Operativa di _____ dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

La richiesta di copia della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici, corredata dalla copia del documento di identità del paziente e/o richiedente e della eventuale ricevuta di pagamento, può essere consegnata presso la Portineria dell'Istituto, essere spedita via fax al n° 02/23942197 o inviata alla mail archivosanitario@istituto-besta.it.

Per ogni informazione potete telefonare all'Ufficio Archivio Sanitario, tel. 02/23942332 dal lunedì al giovedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00.

- La **cartella clinica** sarà disponibile in Archivio Sanitario entro 30 giorni dalla data di dimissione. Chi sceglie di ritirare la cartella di persona, sarà contattato telefonicamente da personale dell'Archivio che comunicherà la data a partire dalla quale la copia sarà a disposizione per il ritiro.
- Le **copie di esami neuroradiologici** potranno essere ritirate dopo 10 giorni dalla data di presentazione della richiesta.



RICHIESTA COPIA AUTENTICA DI CARTELLA CLINICA E/O DI ESAMI NEURORADIOLOGICI

COD.: MODI38

I **costi** a carico del richiedente sono:

- € 20,00 per la copia digitale su CD o a mezzo PEC della singola cartella clinica;
- € 20,00 per la copia digitale su CD o DVD di esami neuroradiologici;
- € 6,50 per la spedizione postale di CD o DVD a mezzo raccomandata, con pagamento anticipato allo sportello;
- € 8,20 per la spedizione postale di CD o DVD a mezzo raccomandata in contrassegno, con pagamento alla consegna a domicilio.
- € 17,00 per la spedizione all'estero, da pagarsi anticipatamente all'atto della presentazione della richiesta.

Il **pagamento** può essere effettuato presso gli sportelli nei seguenti orari:

- lunedì dalle ore 8.30 alle ore 19
- da martedì a giovedì dalle ore 8.30 alle ore 19.30
- venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.45

Ritiro delle copie: può essere effettuato presso lo Sportello Ritiro Referti dell'Istituto dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 19.00, il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 17.00.

Chi ritira le copie deve essere munito di documento di identità e deve esibire la ricevuta di versamento dell'importo previsto per il rilascio delle copie. Il delegato al ritiro deve inoltre disporre di delega scritta e fotocopia del documento di identità del paziente delegante.

Se si desidera la spedizione postale:

SI ALLEGA RICEVUTA DI PAGAMENTO

SI CHIEDE SPEDIZIONE IN CONTRASSEGNO

La spedizione deve essere eseguita: ALL'INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE

AL SEGUENTE INDIRIZZO

Cognome _____ **Nome** _____

Via/P.zza _____ **Comune** _____ **Cap** _____ **Prov** _____

Spedizione a mezzo PEC (per la sola cartella clinica) al seguente indirizzo:

SI ALLEGA RICEVUTA DI PAGAMENTO

- La copia della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici può essere consegnata esclusivamente:
- **in caso di paziente maggiorenne capace di intendere e di volere** all'intestatario della cartella clinica e/o degli esami neuroradiologici od a suo delegato
 - **in caso di paziente minorenni** ai genitori esercenti la potestà genitoriale, al tutore o a loro delegato
 - **in caso di paziente maggiorenne incapace** al tutore od a suo delegato
 - **in caso di paziente deceduto** agli eredi legittimi che ne diano documentata certificazione o a loro delegato

SI CONFERMA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679.

Milano, ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE