



OSPEDALE CLASSIFICATO "VILLA SALUS"

Congregazione delle Mantellate Serve di Maria di Pistoia
Ente Ecclesiastico giuridicamente riconosciuto con R.D. 12-1-1933

Via Terraglio 114,
30174 Mestre Venezia
Tel. 041 290 6411 – Fax 041 290 6710
www.ospedalevillasalus.it
P. Iva e C.F. 00336090477

MODULO DI RICHIESTA COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il sig./sig.ra _____

Nato/a _____

il _____

Residente in via _____

Città _____

CAP _____

Telefono _____

CHIEDE

il rilascio di copia della cartella clinica relativa alla propria degenza presso questo ospedale:

Nel periodo dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Reparto _____

Nel periodo dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Reparto _____

Nel periodo dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Reparto _____

Nel periodo dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Reparto _____

Nel periodo dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Reparto _____

MODALITÀ DI RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA

- **Costi: Euro 20,00** per ogni cartella clinica di ricovero ordinario, **Euro 10,00** per ricovero in ODS (One day Surgery) + **Euro 10,00 se avesse bisogno della spedizione postale** della cartella. Il pagamento può avvenire con una delle seguenti modalità:

- Bonifico Bancario intestato a: Ospedale Classificato Villa Salus, presso Banca Monte Paschi di Siena SpA piazza Ferretto – Venezia Mestre, IBAN IT34T0103002010000001396374.
- Versamento con bollettino postale su c/c postale n. 000073225930 Ospedale Classificato Villa Salus – Via Terraglio, 114 30174 Venezia Mestre.
- In contanti presso lo sportello Ritiro Esami dell'Ospedale.

- Invio della copia della cartella clinica tramite spedizione postale:

NO

SI

Compilare il seguente campo:

Indirizzo a cui spedire la cartella clinica,
se diverso dall'indirizzo di residenza dichiarato sopra

Cognome e Nome _____

Via _____

Città _____

CAP _____



Norma UNI EN ISO 9001:2008
Certificato n. 50 100 11752



OSPEDALE CLASSIFICATO "VILLA SALUS"

Congregazione delle Mantellate Serve di Pistoia
Ente Ecclesiastico giuridicamente riconosciuto con R.D. 12-1-1933

Via Terraglio 114,
30174 Mestre Venezia
Tel. 041 290 6411 – Fax 041 290 6710
www.ospedalevillasalus.it
P. Iva e C.F. 00336090477

► Richiesta presso lo sportello RITIRO ESAMI dell'ospedale

a seguito di presentazione del presente modulo e di un documento di identità, dal LUNEDÌ al VENERDÌ dalle ore 8,00 alle ore 18,00 e il sabato dalle ore 8,00 alle ore 13,00.

A tale scopo corrispondo la somma di Euro _____ a titolo di rimborso spese (in contanti ovvero presentando copia della distinta di versamento in c/c bancario o postale).

► Richiesta in modalità telematica:

Inoltre, all'indirizzo e-mail **ufficio.informazioni@ospedalevillasalus.it** oppure via fax al numero **041.2906527**, il presente modulo debitamente compilato e firmato **allegando** copia del documento di identità e copia della distinta di avvenuto pagamento (bancario o postale).

N.B.: La fotocopia o l'invio, non avverrà prima di 30 giorni dalla richiesta a meno che non vi sia urgenza da documentare di seguito:

Motivo dell'urgenza:

Mestre, ____ / ____ / ____

Firma _____

Delega al ritiro presso lo sportello, ad un'altra persona

Se impossibilitati a ritirare personalmente la copia della cartella clinica, si prega compilare la seguente delega a favore di altra persona, che dovrà presentarsi con documento di identità proprio e del delegante:

Il sig./sig.ra _____

Delega a ritirare copia della cartella clinica sopra descritta

Il sig./sig.ra _____

Mestre, ____ / ____ / ____

Firma _____

Spazio riservato all'ufficio:

CONSEGNATA:

- A mano, in data** ____ / ____ / ____
- Con raccomandata numero** _____. Del ____ / ____ / ____
- Via posta prioritaria spedita in data** ____ / ____ / ____ **di cui copia in allegato.**

