

Archivio Cartelle Cliniche
Presidio Ospedaliero G.B. Grassi
Via Gian Carlo Passeroni, 28, 00122 Lido di Ostia RM

INFORMATIVA

CHI PUÒ RICHIEDERE/RITIRARE COPIA DI CARTELLA CLINICA

- il diretto interessato provvisto di documento di identità;
- un delegato presentando il modulo di richiesta compilato e sottoscritto necessariamente dal titolare della documentazione, **allegando copia del documento di identità di quest'ultimo e del documento d'identità del delegato**;
- nel caso di minori o incapaci assoluti/relativi gli esercenti la patria potestà o tutori/curatori muniti di adeguata documentazione;
- il minore emancipato, che dovrà produrre idonea certificazione;
- gli eredi legittimari del paziente deceduto, con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede e la relazione di parentela.

COME RICHIEDERE cartella clinica e certificazioni sanitarie:

inviare mail al seguente indirizzo: archiviogbgrassi@aslroma3.it.

È necessario inviare copia di:

- **Tessera Sanitaria**
- **Documento d'identità (fronte retro) in corso di validità**
- **Modulo richiesta compilato**

QUANTO COSTA

La prima copia richiesta di tutta la documentazione clinica è gratuita.

Per eventuali successive copie della stessa, i costi di riproduzione sono i seguenti:

- copia cartella clinica di ricovero euro 15,00
- copia cartella clinica di Pronto Soccorso euro 6,00
- copia cartellino ambulatoriale euro 1,55
- copia cartella APA euro 0,00

In caso di accesso al Pronto Soccorso seguito da ricovero presso la struttura, la cartella di Pronto Soccorso è inserita all'interno della cartella clinica di ricovero.

Copia dei Cd con gli esami di diagnostica per immagini (RX, RM, TAC, etc.) va richiesta allo Sportello Radiologico al piano terra del Presidio Ospedaliero G.B. Grassi.

Per la seconda copia vi verrà inviato il modulo per il pagamento contenente il Codice Identificativo Univoco di Versamento (PagoPA). La ricevuta di avvenuto pagamento dovrà essere rinviata a archiviogbgrassi@aslroma3.it.

QUALI SONO LE MODALITÀ DI CONSEGNA

- al piano terra di fronte l'ambulatorio ortopedico **previo appuntamento**. Nel caso di improvvisa impossibilità al ritiro nella data e orario indicati sarà necessario fissare un nuovo appuntamento;
- a mezzo spedizione postale all'indirizzo dichiarato con le seguenti spese aggiuntive: raccomandata A/R a partire da € 5,80 (i prezzi variano in base al formato e al peso della spedizione);
- non è possibile l'invio della documentazione tramite e-mail o PEC.

La ricevuta di avvenuto pagamento delle spese di spedizione dovrà essere rinviata a archiviogbgrassi@aslroma3.it.

Per info: telefonare il lunedì e il mercoledì, dalle ore 9.00 alle ore 12.00 al n.° **0656482163**.

Archivio Cartelle Cliniche Presidio Ospedaliero G. B. Grassi

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cognome e Nome Assistito _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____
codice fiscale _____
Comune di residenza _____ Prov : _____ CAP _____
Indirizzo di residenza _____
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (E-MAIL) _____

TIPOLOGIA DELL'ATTO RICHIESTO

CARTELLA CLINICA

Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____
Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____

CARTELLA CLINICA di PRONTO SOCCORSO

gg _____ mm _____ aa _____
gg _____ mm _____ aa _____

CARTELLA AMBULATORIALE

Precisare la specialità medica (Oculistica o Ortopedica)

N° cartellino _____ aa _____

Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____

CARTELLA APA

Reparto di dimissione _____
N° APA fornito dal Reparto _____

CERTIFICATO di DEGENZA

Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____

Parte riservata alla richiesta di spedizione (costo € 5,80)

Spedire al Sig./Sig.ra:	
Indirizzo:	C.A.P.:
Città:	Provincia:

 ASL ROMA 3		 REGIONE LAZIO	
Procedura Operativa Standard	DPJO-POS 314	Ver. 1.0 del 06/12/2021	Pagina 14 di 15
PROCEDURA PER IL RILASCIO ED IL RITIRO DELLE CARTELLE CLINICHE			

Module D

Archivio Cartelle Cliniche Presidio Ospedaliero Unico

MODELLO DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____ a _____

DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____ nato/a il ____/____/____ a _____

a ritirare per proprio conto la documentazione clinica

Luogo e

Data _____

Firma Delegante _____

Allegare copia del documento d'identità del Delegante e del Delegato