I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele
Gruppo San Donato

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ED ESAMI STRUMENTALI

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Si richiede la copia della documentazione sanitaria del Sig./Sig.ra

……..……

Nato/a: .....il.....

Recapito telefonico: ..... Indirizzo e-mail: ……..

- Ricoverato/a presso IRCCS Ospedale San Raffaele
- Ricoverato/a presso IRCCS Ospedale San Raffaele Turro

U.O. .....dal.....al.....n°. Cartella clinica……...……

U.O. .....dal.....al.....n°. Cartella clinica……

- Giunto in Pronto Soccorso IRCCS Ospedale San Raffaele in data

.....

TIPOLOGIA DOCUMENTAZIONE/ESAMI	PREZZO iva inclusa	N° COPIE e DETTAGLIO
1ª copia gratuita cartella clinica degenza, day hospital, verbale di PS, MAC e/o BOCA **FORMATO DIGITALE**	€ 0,00	
Copie successive di cartella clinica degenza, day hospital, verbale di PS, MAC e/o BOCA **FORMATO DIGITALE**	€ 10,00	
Copia cartella clinica degenza, day hospital, di oncologia, di radiochiemioterapia, verbale di PS, MAC e/o BOCA **FORMATO CARTACEO RITIRO PRESSO CONSEGNA REFERTI**	€ 26,00	
Copia su CD di RX, RMN, TAC, Medicina Nucleare, Angiografia, Coronarografia, Ecocardio Transesofageo **RITIRO PRESSO CONSEGNA REFERTI**	€ 10,00 cad.	

Costo aggiuntivo per spedizione a domicilio (**cartelle cartacee e CD**)	€ 9,00	

Per la richiesta di spedizione è necessario compilare anche il modulo "RICHIESTA DI SPEDIZIONE"

Data ___/___/____ Firma del richiedente

_____

Inviare a consegnadocumentazionesanitaria@hsr.it:

- Copia del presente modulo (+ modulo spedizione se richiesto)
- Ricevuta di pagamento
- Copia carta d'identità del paziente.

I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele
Gruppo San Donato

MODULO COORDINATE BANCARIE

- **UNICREDIT S.P.A.**

Filiale Corporate Operations & Customer Care Italy

Largo Francesco Anzani, 13

00153 Roma – ITALIA

- **COORDINATE BANCARIE EUROPEE:**

IBAN: IT33 J 02008 05364 000101973905

- **COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI:**

BIC CODE: UNCRITMMORR

- **INTESTAZIONE C/C:**

OSPEDALE SAN RAFFAELE S.R.L.

Via Olgettina, 60 – 20132 Milano

C.F. e P.IVA 07636600962

PER BONIFICO È OBBLIGATORIA LA CAUSALE: CODICE FISCALE DEL PAZIENTE + DATA NASCITA DEL PAZIENTE INTERESSATO