



*Gentile Signore / Signora,
desideriamo informarla sulle modalità di richiesta e ricezione della copia della cartella clinica.*

Lei ha diritto di ricevere gratuitamente la prima copia della Sua cartella clinica

1. Può richiedere **una ulteriore copia della cartella**, anche in un secondo momento, rivolgendosi allo sportello del Front Office dove riceverà tutte le informazioni relative alla modalità che sceglierà per ricevere la cartella clinica; Contestualmente dovrà effettuare il pagamento delle somme di seguito indicate:
 - Il costo della cartella clinica è € 35,00 euro,
 - Il costo del CD room dell'esame angiografico (se desidera riceverlo) € 5,00 euro;
2. Se desidera che la cartella le venga recapitata a mezzo posta, dovrà corrispondere un costo aggiuntivo di 10,00.
3. Se desidera ricevere la cartella clinica a mezzo e mail: al momento della richiesta riceverà un codice PIN, con il quale Lei, o chi per Lei, potrà accedere all'Area Riservata del Servizio di Cartella Clinica Digitale.
E' importante che Lei conservi questo PIN attraverso il quale potrà accedere ai suoi documenti riservati, e potrà procedere poi al salvataggio del documento e alla sua conservazione, sul Suo dispositivo informatico ed elettronico. Quando la sua Cartella Clinica Digitale "FAST TRACK" sarà pronta, Lei riceverà una mail informativa, con le indicazioni per procedere alla visualizzazione ed al download, utilizzando il PIN che le è stato fornito in fase di richiesta.
4. Può richiedere copia della cartella clinica anche da remoto contattando l'ufficio cartelle cliniche o tramite il sito web Montevergine www.clinicamontevergine.com, compilando il modulo allegato alla presente, effettuando un bonifico corrispondente alle somme dovute, come sopra specificato, intestato a Montevergine SpA Casa di Cura Privata cod. IBAN IT 02 K 05387 75760 000004291914, **indicando nella causale il nome del paziente**, e inviando all'ufficio cartelle cliniche - indirizzo mail:

cartellecliniche-cmv@gvmnet.it / tel. 0825 705606 - la seguente documentazione:

- a. modulo allegato, compilato e sottoscritto;
- b. ricevuta del bonifico effettuato;
- c. copia del documento d'identità.

Il tempo medio di attesa per la consegna della copia della cartella clinica è di circa 30 giorni.

Ringraziandola per l'attenzione prestata, le porgiamo i più cordiali saluti.

La Direzione Sanitaria



Alla c.a.
Direzione Sanitaria

Oggetto: richiesta copia conforme cartella clinica

Il sottoscritto....., nato a,
il....., residente in
Città....., Prov.....CAP.....
recapito telefonico.....
Codice Fiscale
ricoverato presso la Vostra struttura dal.....al

CHIEDE

la copia conforme della cartella clinica relativa al suddetto ricovero. La cartella verrà:

- ☐ ritirata dall'interessato presso il Front Office della Clinica
- ☐ Spedita all'indirizzo e mail indicato di seguito

.....

- ☐ spedita a mezzo posta all'indirizzo sopra indicato
- ☐ spedita al seguente indirizzo (se diverso da quello sopra indicato):

Via.....n.....,CAP.....Città.....Prov

.....

Data

firma

.....