

**RICHIESTA DI ESAMINARE/OTTENERE COPIA  
DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

PAZIENTE: COGNOME	NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO		
STRUTTURA	UNITA'	

**ISTRUZIONI:**

Compilate e restituite il presente modulo al vostro consulente per poter esaminare e ottenere una copia della documentazione medica sul vostro conto. Avrete a disposizione le informazioni entro 30 giorni dalla data della presente richiesta.

**DIVULGAZIONE CON IL CONSENSO DEL PAZIENTE**

ENTITA' O NATURA DELLE INFORMAZIONI DA ESAMINARE/OTTENERE
SCOPO O ESIGENZA DELLE INFORMAZIONI
INDIRIZZO A CUI INVIARE LE INFORMAZIONI RICHIESTE
NOME O QUALIFICA DELLA PERSONA O DELL'ORGANIZZAZIONE CHE DIVULGA LE INFORMAZIONI
DA:

Io sottoscritto ho chiesto per iscritto che le summenzionate informazioni della documentazione medica sul mio conto siano messe a mia disposizione. Sono consapevole che, affinché io possa ottenere le informazioni, devo presentare questa richiesta scritta e che riceverò le informazioni entro 30 giorni dalla presente richiesta.

Sono consapevole che qualsiasi divulgazione è soggetta al Titolo 42 del CFR (Codice delle norme federali) sulla riservatezza dei documenti relativi a pazienti che fanno abuso di alcool e droghe, oltre che alla Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act) del 1996 ("HIPAA") 45 CFR Punti 160 e 164; e che l'ulteriore divulgazione di tali informazioni ad un'altra parte è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

**NOTA: PER LA COPIA DEL MATERIALE VI SARA' ADDEBITATO UN COSTO DI \$0,05 per ogni pagina**

\_\_\_\_\_  
(Firma del paziente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

\_\_\_\_\_  
(Nome del paziente in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(Nome del genitore/tutore in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Data)

Risposta della struttura:

\_\_\_ Richiesta approvata.

\_\_\_ Richiesta negata. Ragione per il rifiuto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Direttore/Vicedirettore

\_\_\_\_\_  
DATA