

 <p>Azienda Ospedaliera San Gerardo</p> <p>Direzione Medica di Presidio Ufficio Archivio Clinico</p>	<p>Modulo operativo</p> <p>Richiesta di visione cartelle cliniche</p>	Rev. 0 del 02/01/2015	Pag. 1/1
		DMP-UAC-MA-002	

Alla c.a. Ufficio Archivio Clinico, piano terra settore A

Il sottoscritto Dott. _____

U.O. di _____ Tel. _____

richiede

la Cartella Clinica del Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____

relativa al ricovero c/o l'U.O. di _____ dal _____ al _____

in visione presso l'Archivio Clinico

Motivo della richiesta: _____

in custodia presso il Reparto **SOLO** a seguito di **nuovo** ricovero in data _____

Il richiedente si impegna a restituire la Cartella Clinica integra all'Archivio Clinico (piano terra settore A) entro e non oltre 10 giorni.

Data _____

Firma e Timbro Medico richiedente _____