

MODULO PER RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA - RICHIESTA N°

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Data di richiesta:

Dati e generalità del paziente/richiedente

Cognome e nome del Paziente	Data di nascita
-----------------------------	-----------------

Parte da compilare solo per paziente minorenni

Padre: cognome nome data di nascita	
Madre: cognome nome data di nascita	
Tutore: cognome nome data di nascita	
Cellulare:	Telefono fisso:

Dati relativi alla prestazione assistenziale di cui si richiede copia documentale

**CARTELLA CLINICA DI RICOVERO
(ORDINARIO / DIURNO / CHIRURGIA AMBULATORIALE)**

Reparto di degenza (ricovero)	Entrata	Uscita	Cartella n°

CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO

Data dell'accesso in Pronto Soccorso		Cartella n°	
--------------------------------------	--	-------------	--

COPIA ESAME CATETERISMO CARDIACO SU SUPPORTO CD/DVD ⁽¹⁾

Copia Cateterismo Cardiaco	n.	Euro 26,00
Spedizione postale	n.	Euro 7,00

DUPLICAZIONE ESAMI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SU CD ⁽¹⁾

Copia esami Diagnostica per Immagini su CD	n.	Euro 10,00
Spedizione postale	n.	Euro 7,00

⁽¹⁾ Gli esami devono essere accompagnati dalla documentazione di ricovero corrispondente.

Parte riservata alla richiesta di spedizione

La documentazione sanitaria richiesta sarà inviata al richiedente:		
Cognome	Nome	
Via	n°	
CAP	Città	Provincia

Costo copia cartella clinica € 18,00= Costo per spedizione postale € 7,00=	totale €	n° fattura
--	----------	------------

Il richiedente la documentazione sanitaria dichiara:

di essere il paziente

di esercitare la responsabilità genitoriale

Firma del richiedente _____

Parte riservata all'Archivio Cartelle Cliniche

Spedita il:	
Ritirata da:	In data:
Documento n°	Rilasciato il:

Firma per il ritiro _____

OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signora/Egregio Signore,

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Le fornisce le informazioni di seguito riportate relative al trattamento dei Suoi dati personali.

1. Perché leggere questa informativa?

L'Ospedale utilizzerà le informazioni che La riguardano e Lei ha il diritto di essere informato/a su quali siano queste informazioni, per quali scopi verranno utilizzate, a chi potranno essere comunicate etc.

2. Chi è il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali?

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati è l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, con sede legale in P.zza S. Onofrio 4, 00165 Roma, codice fiscale 80403930581;

3. Chi è il Responsabile del trattamento

Il Responsabile Interno del trattamento dei Suoi dati è il Direttore Sanitario. Può contattare il Responsabile al seguente indirizzo: dirsan@opbg.net

4. A chi potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti?

Nell'esercizio dei Suoi diritti potrà rivolgersi al Responsabile per la protezione dei dati personali (chiamato *Data Protection Officer*) che è stato nominato dell'Ospedale. Può contattare il Responsabile ai seguenti indirizzi: dpo@opbg.net

5. Come vengono trattati i dati che la riguardano?

I dati che la riguardano sono sottoposti a diverse operazioni che si rendono necessarie per perseguire le finalità di seguito riportate. Tutte queste operazioni vengono effettuate

da personale appositamente incaricato dal Responsabile Interno del Trattamento dei dati con strumenti informatici e mediante la lavorazione di documenti cartacei.

6. Di quali dati stiamo entrando in possesso?

I dati che ci sta fornendo sono dati particolari perché idonei a rivelare il Suo stato di salute, l'orientamento sessuale, i Suoi dati genetici, etnici e razziali, le Sue convinzioni filosofiche e religiose e il suo stato sociale. L'Ospedale potrebbe anche venire a conoscenza, ove ci richieda determinati servizi, anche della Sua condizione economica.

7. Le informazioni acquisite per quali finalità verranno utilizzate?

I dati personali da Lei forniti verranno utilizzati per prestarle il servizio richiesto, per finalità con questo connesse (ivi inclusa la ricerca scientifica o statistica), per migliorare l'organizzazione dell'Ospedale e i servizi da questo resi, per adempiere ad obblighi di legge e per tutelare legittimi interessi dell'Ospedale (come ad esempio la difesa in giudizio).

8. A chi potranno essere comunicate le Sue informazioni?

Le sue informazioni saranno comunicate ad altri Responsabili del Trattamento nominati dall'Ospedale, a organismi di diritto pubblico per adempiere ad obblighi di legge e ad altri soggetti, anche privati, che collaborano con l'Ospedale per consentirgli di erogare e migliorare i servizi prestati o che ne tutelano i legittimi interessi. Ove possibile la comunicazione dei suoi dati verrà effettuata in forma anonima o in modo da non consentire a terzi soggetti di ricondurre un singolo dato alla sua persona.

9. Dove può reperire maggiori informazioni?

Maggiori informazioni sono reperibili sul sito internet dell'Ospedale all'indirizzo www.ospedalebambinogesu.it ovvero in dei cartelli affissi in alcuni locali dell'Ospedale. Può sempre chiedere maggiori informazioni al personale dell'Ospedale.

10. Quali sono i diritti che Lei può esercitare?

Rispetto ai dati che la riguardano Le sono riconosciuti diversi diritti. Lei ha sempre la possibilità di esercitarli ma, in alcuni casi, l'Ospedale deve valutare la Sua richiesta per verificare se è possibile darle seguito. I suoi diritti sono:

Diritto di accesso: Lei ha il diritto di ottenere informazioni circa i trattamenti che la riguardano;

Diritto di rettifica e di integrazione: Lei ha il diritto di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti.

Diritto alla portabilità dei dati personali: Lei ha il diritto di ricevere i dati personali che La riguardano o di trasmettere suddetti dati ad altro titolare.

Diritto alla limitazione: Lei ha diritto di chiederci la limitazione dei trattamenti in corso.

Diritto a proporre reclamo all'Autorità di controllo: Lei può proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali e per richiedere una verifica dell'Autorità mediante l'inoltro di:

a) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Monte Citorio, 121 00186 Roma;

b) e-mail all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure protocollo@pec.gpdp.it;

c) fax al numero: 06/69677.3785.

Dichiarazione di consenso

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

a titolo personale

ovvero dichiarando sotto la mia responsabilità di agire in qualità di (barrare la casella di interesse):

Genitore (per il nascituro)

Esercente la potestà (per il minore)

Rappresentante/Delegato

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

Consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE SEGUENTI FINALITÀ

Attività di diagnosi e cura e quelle ad esse connesse _Si _No

Sono consapevole che prestando il consenso per le attività di diagnosi e cura l'Ospedale potrà utilizzare i dati anche per le altre finalità indicate nell'informativa quali migliorare l'organizzazione dell'Ospedale e i servizi da questo resi, ricerca scientifica e statistica, adempiere ad obblighi di legge e tutelare legittimi interessi dell'Ospedale medesimo.

Con la presente dichiaro di aver ricevuto e compreso l'informativa e di aver espresso liberamente il mio consenso al trattamento.

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e copia documento anche del delegante.

Roma, _____