

# Richiesta copia cartella clinica degenza ospedaliera

L'art. 6 cpv. 3 e 4 della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, LSan) recita:

<sup>3</sup> Il paziente ha la facoltà, previa domanda scritta e nei limiti di tempo stabiliti all'art. 67 cpv. 4, di consultare presso ogni operatore sanitario, servizio o altra struttura sanitaria la parte oggettiva della cartella sanitaria e gli altri documenti sanitari oggettivi che lo concernono come pure di ottenerne copia. (...).

<sup>4</sup> L'operatore sanitario non è tenuto a portare a conoscenza o a mettere a disposizione del paziente le informazioni sanitarie pervenutegli da parte di terzi (ad esclusione dei dati oggettivi di analisi di laboratorio, di accertamenti radiologici o altri) nonché le osservazioni personali. (...).

La Legge stabilisce che la richiesta debba essere presentata in forma scritta (non sono accettate richieste non firmate).

La richiesta da parte di terzi è possibile unicamente previa presentazione di una procura in forma scritta.

La presente richiesta, compilata in tutti i suoi campi, può essere consegnata alla ricezione della Clinica, la quale incasserà anticipatamente l'importo di CHF 30.-- quale partecipazione ai costi per la preparazione e l'invio raccomandato della copia della cartella clinica (trasmissioni all'estero prevedono un supplemento di CHF 13.--).

In alternativa, la richiesta può essere inviata per posta con conseguente emissione di fattura all'attenzione del richiedente e relativa maggiorazione dei costi di CHF 20.-- quale tassa amministrativa.

Copie concernenti trattamenti ambulatoriali o immagini radiologiche (copia CD) vanno richieste mediante i moduli seguenti:

M-0614 Richiesta copia immagini radiologiche

M-1028 Richiesta copia cartella clinica trattamenti ambulatoriali

Nel caso di pazienti deceduti l'autorità preposta allo scarico del segreto professionale nel Cantone Ticino è il Medico Cantonale. Senza una sua autorizzazione nessuna informazione può essere data a terzi (famigliari, operatori professionali, autorità amministrative e giudiziarie). La richiesta può essere presentata dai famigliari o persone terze ricorrendo al formulario ufficiale „Svincolo dal segreto professionale per pazienti deceduti“. Il formulario è scaricabile da internet al sito: <https://www4.ti.ch/DSS/DSP/UMC/sportello/documenti-e-formulari/> e va consegnato al medico che ha avuto in cura il deceduto presso una delle due sedi del Gruppo Ospedaliero Moncucco.

Conformemente alla legge, il Gruppo Ospedaliero Moncucco archivia la cartella clinica per 10 anni. Trascorso questo periodo la cartella viene distrutta e non potrà pertanto più essere fornita al paziente.

**Per il paziente: da compilare in tutti i suoi campi (allegare copia del documento d'identità).**

**N.B.: richieste incomplete NON verranno prese in considerazione**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NAP e luogo \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Sede ☐ Clinica Moncucco ☐ Clinica Santa Chiara

\*Date della degenza ospedaliera: \_\_\_\_\_

Osservazioni: \_\_\_\_\_

**\* In assenza di informazioni precise la richiesta non potrà essere evasa.**

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente: \_\_\_\_\_

**Da compilare dagli uffici competenti**

**1. Centralino**

Incasso anticipato in contanti: CHF 30.-

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cognome e firma

**2. Direzione**

Per approvazione ☐ SI ☐ NO

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cognome e firma

**3. Segretariato medico**

Preparazione copia cartella clinica

Indicare no. caso per fatturazione: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cognome e firma

**4. Fatturazione ambulant** (in caso di mancato incasso anticipato)

Emissione della fattura

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cognome e firma

**5. Contabilità** (in caso di mancato incasso anticipato)

Registrazione della fattura

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cognome e firma

**6. Segretariato medico**

Invio copia cartella clinica (con relativa fattura in caso di mancato incasso anticipato)

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cognome e firma

*Modulo da conservare presso il Segretariato medico fino al 31.12 dell'anno seguente.*