

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Sudtiroi

GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN
Verwaltungsbereich

COMPRESORIO SANITARIO DI BOLZANO
Settore Amministrativo

ANSUCHEN UM ÜBERMITTLUNG DES BEFUNDES DURCH POSTZUSENDUNG

Die/der unterfertigte _____ geb. am _____
ersucht, nachdem sie/er die Facharztleistungen bezahlt hat, um die direkte Übermittlung der Befunde der
klinischen/diagnostischen Untersuchung, durchgeführt am _____ in der
Abteilung _____ an **folgende Adresse** (in Blockschrift ausfüllen):
Strasse _____ Nr. _____
PLZ _____ Ort _____

wie folgt:

BRIEF (POSTA ORDINARIA) - Kosten zu Lasten des Empfängers für:		Inland	Ausland
<input type="checkbox"/> Klinische Befunde, Laborproben und CDs mit Bildern der Radiologie	bis zu 20 g	0,79 €	1,00 €
	bis zu 100 g	1,73 €	3,70 €

EINSCHREIBEBRIEF - Kosten zu Lasten des Empfängers für:			
<input type="checkbox"/> Klinische Befunde, Laborproben und CDs mit Bildern der Radiologie	bis zu 20 g	3,40 €	6,60 €
	bis zu 100 g	4,55 €	7,80 €

Die/der Unterfertigte, erklärt weiters, im Sinne des Legislativdekretes Nr. 196/2003, in geltender Fassung, das die Verwendung der persönlichen Daten regelt, dass sie/er die Zustellung der obgenannten klinischen Befunde nach den Datenschutzbestimmungen der Post, die die Zustellung auch an andere Personen als den Empfänger vorsieht, die sich am Wohnort befinden (z. B. Familienmitglieder, Zusammenlebende, Hausmeister usw.) und im Falle der Zusendung mit Priorität mit dem Einwurf in den Briefkasten zustimmt.

Die/der Unterfertigte, erklärt weiters:
den obgenannten Betrieb von jeglicher Verantwortung, im Falle von Verlust, Verspätung, Nichtzustellung, evtl. Vergehen gegen das Datenschutzgesetz oder anderen Gründen, die aufgrund der Zustellung des Befundes mittels Priorität oder Einschreiben entstehen können, zu entheben

Datum _____ Unterschrift _____

Der/Die Beamte/in beglaubigt die Identität des Ansuchenden (Identitätskarte, Reisepass, Führerschein).

Unterschrift des/der Beamten/in _____

Südtiroler
SanitätsbetriebAzienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Sudtiroi

GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN
VerwaltungsbereichCOMPRESORIO SANITARIO DI BOLZANO
Settore Amministrativo

RICHIESTA DI INVIO DEL REFERTO CLINICO A MEZZO SERVIZIO POSTALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
chiede dopo aver pagato la prestazione sanitaria che i referti clinici/diagnostici strumentali, effettuati
il _____ nel reparto _____ siano recapitati direttamente al
seguito indirizzo (scrivere in stampatello):

Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____

a mezzo del seguente servizio:

POSTA ORDINARIA (costo a carico dell'utente) per:

Italia Estero

<input type="checkbox"/> Referti clinici, esame di laboratorio o CD con immagini di radiologia	fino a 20g	0,79 €	1,00 €
	fino a 100g	1,73 €	3,70 €

POSTA RACCOMANDATA (costo a carico dell'utente) per:

<input type="checkbox"/> Referti clinici, esame di laboratorio o CD con immagini di radiologia	fino a 20g	3,40 €	6,60 €
	fino a 100g	4,55 €	7,80 €

Il/La sottoscritto/a, inoltre, ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e successive modifiche, che regola il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.) e, nel caso di Posta Prioritaria, anche nella cassetta delle lettere.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:
di esonerare la predetta Azienda da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta prioritaria o raccomandata del referto richiesto.

Data _____ Firma _____

L'impiegato/a AS ha accertato l'identità del richiedente (carta d'identità, Passaporto, Patente)

Firma impiegato/a _____