

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Io sottoscritto (cognome-nome).....,
nato il, codice fiscale,
tel./cell.

[EVENTUALE CAREGIVER/ASSISTENTE/GENITORE] dell'utente sopra indicato,

Io sottoscritto (cognome-nome).....,
nato il, codice fiscale,
tel./cell., in qualità di (figlio/a, tutore, AdS,...)
.....

Informato/a sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente:

reso/a consapevole:

- sul parere dell'operatore sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali
 - della possibilità che l'indagine, una volta avviata, può essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare il mio stato di salute, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame
 - dell'importanza dei riscontri che tale indagine può fornire sul mio stato di salute
 - che, in caso di referto patologico con suggerimento di ulteriori approfondimenti diagnostici (visita specialistica, accesso al Pronto Soccorso, ricovero ospedaliero), io possa liberamente decidere se assecondare o meno le indicazioni datemi
- presa visione
- delle informazioni relative all'indagine in oggetto
 - valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti
 - avendo compreso quanto sopra illustratomi

ACCONSENTO

- all'effettuazione della prestazione in TELEMEDICINA

Luogo e data,

.....

Firma per adesione (Paziente e/o caregiver) Paziente

.....

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO
(tutti i campi sono obbligatori)

Il sottoscritto:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Cod. Fiscale: _____ Residente a: _____

Cap: _____ Via: _____

e-mail _____ Cell.: _____

esercente la potestà genitoriale sul MINORE di 14 anni:

Il sottoscritto _____ nato a _____

_____ il _____ C.F. _____

quale fruitore dei servizi di Telemedicina di Health Telematic Network Srl, letta l'informativa HTN redatta ai sensi della normativa vigente UE 679/2016:

1. Dichiaro di aver preso integrale visione dell'informativa sul trattamento dei dati sopra e di aver compreso le finalità per cui sono trattati i miei dati personali.

Luogo e data, _____

In fede _____

2. Dichiaro di aver preso integrale visione dell'informativa sul trattamento dei dati sopra descritta e liberamente:

- Acconsento alla creazione e alimentazione di un dossier sanitario personale.
- Acconsento alla consultazione informatica del mio dossier sanitario da parte degli operatori sanitari incaricati della lettura dei miei parametri biologici.

Accetto/non accetto

Luogo e data, _____

In fede _____