
Consenso del paziente al rilascio di informazioni / documentazione medica

Il trattamento dei dati sanitari personali si svolge in conformità a quanto indicato nella presente informativa e nel rispetto delle disposizioni della Legge sulla protezione dei dati personali del Cantone Ticino (LPDP, RL 163.100), della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD, RS 235.1), il segreto professionale regolato dal codice penale svizzero (art. 321 CPS) e dalla legge sanitaria cantonale (art. 20 Lsan) e i relativi standard internazionali.

Generalità del paziente:

(cognome, nome, e/o nome da nubile)

(data di nascita del paziente)

Medico richiedente:

(cognome, nome, specialità del medico richiedente)

Con la presente acconsento e autorizzo il medico richiedente, di cui sopra, ad ottenere i miei seguenti documenti clinici presenti presso l'EOC:

- Rapporti riguardanti la visita del _____
- Rapporti riguardanti la degenza del _____
- Esami di laboratorio riguardante la degenza / visita del _____
- Referti istologici riguardanti la degenza / visita del _____
- Altro _____

Conferma della mia decisione

Dichiaro di aver compreso:

- le spiegazioni che mi sono state date nel suddetto consenso e da parte del mio medico di riferimento e sull'utilizzo dei miei dati sanitari personali;
- che i miei dati personali sono protetti e che saranno utilizzati unicamente per lo scopo di cura;
- che posso revocare il mio consenso in qualunque momento e senza dover giustificare la mia decisione;
- che il consenso è valido solo per la documentazione richiesta in data sul presente documento.

Dr med. _____
*(firma e timbro medico richiedente)*Paziente: _____
(firma paziente o rappresentante terapeutico)

Luogo e data: _____

PF spedire la documentazione:

- per posta all'indirizzo
- per fax al n°
- altro