



Gent. Sig. / Sig.ra

La Telemedicina utilizza attrezzature mediche, informatiche e tecnologie di comunicazione elettronica che permettono di poter erogare servizi di refertazione, analisi, telemonitoraggio, attraverso l'ausilio di specialista non in presenza.

Sono stato informato di quanto segue: Il Dr. Magni che valuterà il mio caso non sarà fisicamente nella stessa stanza con me. Sono, in ogni caso informato che la responsabilità della valutazione dipenderà da lui. I dati raccolti clinici, audio e video, entreranno a far parte della cartella clinica ed utilizzati per un referto clinico. Ho il diritto di rifiutare o revocare il mio consenso per la telemedicina in qualsiasi momento senza influire sul diritto alle cure future. Sono stato informato del fatto che esistono metodi alternativi per eseguire la visita neurologica e, in particolare, che posso rivolgermi a strutture del servizio sanitario nazionale, aziende convenzionate con il servizio sanitario e/o aziende e laboratori privati che erogano la prestazione con metodi tradizionale. Ho il diritto di accesso alle mie informazioni mediche. Posso esaminare tutte le informazioni mediche documentate nel corso di un incontro telemedicina e posso ottenere copia di tali informazioni in conformità con la legge Italiana TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI. Per svolgere il servizio richiesto i miei dati sanitari saranno trattati dal Dr. Magni, con modalità cartacee ed elettroniche, nel rispetto delle normative di riservatezza in materia. I dati saranno conservati e trattati nel rigoroso rispetto della riservatezza del paziente. Il Dr. Magni, potrà utilizzare i miei dati sanitari, ma solo in forma anonima ed aggregata, al fine di studio scientifico, controllo economico delle prestazioni, elaborazioni di dati epidemiologici e pubblicazioni scientifiche o congressuali. Il tutto, in ogni caso, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

CONSENSO INFORMATO

Ho perfettamente compreso tutte le informazioni fornitemi con la presente informativa sulla prestazione diagnostica di telemedicina e sulle modalità di trattamento e conservazione dei dati. Acconsento alla esecuzione dell'esame nella modalità telemedicina e con le garanzie espresse nella presente informativa. Acconsento alla registrazione di ogni dato clinico, biologico, audio e video necessario ai fini dell'obiettivo da raggiungere nella cartella clinica del medico refertatore. Autorizzo il medico ad utilizzare i miei dati sanitari, ma solo in forma anonima ed aggregata, al fine di studio scientifico, controllo economico delle prestazioni, elaborazioni di dati epidemiologici e pubblicazioni scientifiche o congressuali ed in ogni caso, nel rispetto delle normative vigenti in materia. Autorizzo, inoltre, alla trasmissione dei dati, delle fatture e dei referti per posta elettronica.

Attraverso il pagamento elettronico esprimo completa accettazione di quanto sopra.
A seguire invieremo relazione della televisita e fattura relativa al pagamento.