

MODULO TRASMISSIONE DATI PERSONALI

Con la presente io sottoscritto

DATI PAZIENTE	
_____	_____
Cognome, nome	Data di nascita

acconsento a che medneo trasmetta i dati personali e medici (relativi alla salute) acquisiti da medneo sotto forma

di risultati precedenti e referti

- tutti i referti presenti
- solo il referto dell'esame seguente:

Data: _____ Regione dell'esame: _____

o

tutti i dati degli esami, incl. referti, risultati precedenti e immagini radiologiche

- tutti i dati degli esami presenti
- solo i dati relativi dell'esame seguente:

Data: _____ Regione dell'esame: _____

al seguente medico/studio/struttura sanitaria e/o al seguente indirizzo e-mail privato

DATI DESTINATARIO	

Cognome, nome del medico / nome dello studio o della struttura sanitaria*	
_____	_____
Via, numero civico	Codice di avviamento postale, località
_____	_____
Numero di fax	Facoltativo: Indirizzo e-mail
O/E	

indirizzo e-mail privato	
<i>*Se il destinatario è un <u>medico operativo presso il centro diagnostico medneo</u>, è sufficiente indicare il relativo nome.</i>	

Rilascio le summenzionate dichiarazioni volontariamente. Sono a conoscenza del fatto che potrò revocare per iscritto a medneo la dichiarazione di consenso in qualsiasi momento, con effetto per il futuro.

_____	_____
Luogo, data	Firma paziente*

Si prega di inviare il modulo compilato al **numero di fax: +49 (30) 814501-7008**

* Per il paziente può firmare un accompagnatore con diritto di firma, come ad es. un titolare della potestà genitoriale**, un tutore o un delegato.

** In caso di sottoscrizione da parte di un solo esercente la potestà genitoriale (ad es. genitore), quest'ultimo con la propria firma dichiara di essere l'unico esercente la potestà genitoriale o di agire in accordo con l'altro esercente la potestà genitoriale.