

Consenso informato per inoltro referto

Con la presente acconsento all'inoltro del mio referto

al/alla sotto indicato/a medico/studio medico/struttura sanitaria
 il mio indirizzo e-mail privato

Dati del paziente

Cognome, nome

Data di nascita

Modalità (strumento)

Area in cui è stato eseguito l'esame

Data del referto

Redattore del referto (se noto)

Si prega di compilare integralmente indicando i seguenti dati del destinatario, altrimenti non potrà essere effettuato l'inoltro:

Dati del destinatario

Cognome, nome del medico

Nome dello studio medico o della struttura sanitaria

Via, n° civico

CAP, Luogo

Numero di fax

opzionale: indirizzo e-mail

oppure

indirizzo e-mail privato

Luogo, data

Firma del paziente*

* Per il paziente può firmare un accompagnatore autorizzato alla firma, ad esempio la persona affidataria**, il tutore legale o il delegato.

** Se firma solo un affidatario (ad es. un genitore), con la sua firma dichiara che è l'unica persona ad avere il diritto di affidamento oppure che agisce in accordo con l'altra parte con cui esercita l'affidamento congiunto.