Consenso informato alla pre-valutazione a distanza

Per l'analisi, da parte dei nostri medici, delle immagini diagnostiche e dei dati sanitari che ci invii prima del viaggio.

1 Dati del paziente

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

2 Rappresentante legale*

NOME E COGNOME

QUALITÀ

INDIRIZZO DI RESIDENZA

* *Solo per minori o adulti privi di capacità di discernimento.*

3 Descrizione dell'atto medico

Pre-valutazione odontoiatrica a distanza: il medico esamina la documentazione che il paziente trasmette volontariamente (radiografie 2D / ortopanoramica, CBCT, fotografie intraorali, esami del sangue, questionario anamnestico) per formulare un'ipotesi di piano di trattamento, una stima dei tempi e un preventivo indicativo.

La pre-valutazione non sostituisce la visita clinica e non costituisce una diagnosi definitiva né un trattamento. Il piano, i tempi e i costi vengono confermati solo dopo la visita in clinica e possono cambiare in base a quanto emerge.

4 Informazioni ricevute dal paziente

Natura e scopo della pre-valutazione a distanza	☐ Sì	☐ No
Limiti: il medico non esegue un esame clinico diretto	☐ Sì	☐ No
Piano, tempi e preventivo sono indicativi e saranno confermati in clinica	☐ Sì	☐ No
Alternativa: visita diagnostica direttamente in presenza	☐ Sì	☐ No
Modalità di invio, conservazione e cancellazione dei dati trasmessi	☐ Sì	☐ No

5 Consenso al trattamento di immagini e dati sanitari

Acconsento che ADAFE S.R.L. tratti le immagini diagnostiche e i dati sanitari che trasmetto, esclusivamente per la pre-valutazione e la pianificazione del trattamento (art. 9, par. 2, lett. a, Reg. UE 2016/679).	☐ Sì	☐ No

Il consenso è facoltativo e può essere revocato in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento già effettuato. Senza questo consenso la pre-valutazione a distanza non è possibile.

6 Altre informazioni fornite

Informazioni sui servizi medici disponibili	☐ Sì	☐ No
Regole e prassi della clinica	☐ Sì	☐ No
Diritto di chiedere un secondo parere medico	☐ Sì	☐ No
Desidero essere informato/a in seguito sul mio stato di salute.	☐ Sì	☐ No

7 Dichiarazione di consenso

IO SOTTOSCRITTO/A (PAZIENTE / RAPPRESENTANTE LEGALE)

INFORMATO/A DAL MEDICO

dichiaro di aver compreso le informazioni sopra elencate, di aver fornito solo informazioni veritiere ed esprimo il mio consenso informato alla pre-valutazione a distanza.

DATA E ORA

FIRMA DEL PAZIENTE / RAPPRESENTANTE LEGALE

8 Rifiuto

Dichiaro di aver compreso le informazioni sopra elencate, mi sono state spiegate le conseguenze del rifiuto ed esprimo il mio rifiuto alla pre-valutazione a distanza.

DATA E ORA

FIRMA DEL PAZIENTE / RAPPRESENTANTE LEGALE