

Il sottoscritto

Sig./a

Nato/a il a

Residente a in Via/Piazza n°

Carta di identità n.

Con riferimento al consulto in assenza di paziente, prenotato per giorno.....

con il dr./dr.ssa specializzato/a in.....

Consapevole che:

1. il consulto in assenza di paziente non è sostitutivo della visita effettuata dal medico specialista alla presenza del paziente, in quanto si basa esclusivamente sulla documentazione sanitaria consegnata al medico ai fini del consulto;
2. l'assenza del paziente può limitare la possibilità del medico di ottenere informazioni complete sulle sue condizioni cliniche;
3. in caso di necessità di chiarimenti o domande sul contenuto del referto, il paziente dovrà prendere contatti con il medico specialista
4. EXAMINA tratterà i dati personali comuni ed i dati particolari relativi alla salute contenuti nella documentazione sanitaria, come da informativa firmata dal sottoscritto, che si allega;

DELEGA E AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra

Nato/a il a

Residente a in Via /Piazza..... n°

Carta identità n.

A consegnare allo specialista, suindicato, la documentazione sanitaria oggetto del consulto richiesto e contestualmente

AUTORIZZA EXAMINA a consegnare al delegato sopra indicato la relazione redatta all'esito del consulto.

Firma del Delegato per presa visione:

Firma Operatore per esteso:

(Data)

Firma del delegante

Si allega copia del documento di identità del delegante e del delegato, in corso di validità e informativa e consenso privacy sottoscritti dal delegante

Examina srl

sede legale: Corso Vittorio Emanuele II, 18 - 10123 Torino
Tel. +39 011.6507896
R.E.A. n. TO 1157474
Cap. soc. 30.000,00 euro
C.F. e P.Iva 10734450017

I nostri centri

Corso Vittorio Emanuele II, 18 - Torino
Via Pavia, 11/b Rivoli (To)
Tel. + 39 011.6507896
info@gruppoexamina.it
www.gruppoexamina.it