

CONSENSI DEL PAZIENTE IN TELEMEDICINA

(prima di accedere)

SCOPO: *Lo scopo dei "Moduli di Consenso Telemedicina" è ottenere il consenso del paziente per partecipare agli appuntamenti di cure di telemedicina.*

REGISTRAZIONI: *Le comunicazioni con i pazienti non verranno registrate e archiviate. Le informazioni mediche dei pazienti ottenute dalla diagnosi e dall'analisi, possono essere utilizzate in modo anonimo per ulteriori miglioramenti negli studi scientifici.*

INFORMAZIONI DI TELEMEDICINA: *Le informazioni mediche relative all'anamnesi, alle cartelle cliniche e agli esami del paziente verranno discusse durante l'appuntamento di telemedicina con video e audio.*

ACCESSO: *Il paziente accetta di aver bisogno di accedere a PC, laptop o dispositivo mobile e di avere una buona connessione Internet per usufruire di un appuntamento di telemedicina efficiente.*

DIRITTI DEL PAZIENTE: *Il paziente può revocare il proprio consenso in qualsiasi momento e può porre ulteriori domande relative agli appuntamenti di telemedicina e ai requisiti tecnici per le telecomunicazioni.*

FIRMANDO QUESTO MODULO. *Comprendo che tutte le leggi che proteggono la privacy della mia storia medica o delle informazioni vengono applicate anche alle pratiche di telemedicina.*

Comprendo che posso revocare il consenso in qualsiasi momento e ciò non influirà sulle mie future procedure di trattamento.

Accetto di autorizzare gli operatori sanitari di utilizzare la telemedicina per il trattamento e la diagnosi.

MODULI DI CONSENSI PER LA TELEMEDICINA

Dati del paziente

Fotocopia della Tessera Sanitaria, fronte e retro

Residenza e CAP.....

N° ri di Telefono.....

e-Mail.....

IBAN.....

e nome della banca.....

Firma.....

Dati dell'eventuale **tutore/collaboratore** presente alla video chiamata ed autorizzato prima e durante la tele-visita di aiuto al paziente

Nome.....Cognome.....

Data di Nascita.....

Residenza e CAP.....

N° di Telefono..... e-Mail.....

CF.....

Firma.....