

Liberatoria consulto a distanza

Io sottoscritto _____

Richiedendo il Servizio “_____” e firmando la presente Liberatoria

DICHIARO

A) Di aver richiesto il rilascio di un consulto a distanza basato unicamente sulla documentazione clinica e le informazioni inviate. Tale documentazione rappresenta la base di analisi utilizzata per il rilascio del consulto.

B) Di essere consapevole che il Dott. Pier Paolo Borelli rilascerà il consulto senza alcuna responsabilità in merito alla completezza, accuratezza e correttezza delle informazioni fornite, essendo la stessa interamente riconducibile ai professionisti che hanno provveduto alla redazione della documentazione prodotta.

C) Di essere consapevole che un consulto a distanza NON è sostitutivo della visita diretta del Paziente dal medico specialista. La mancata visita infatti limita la capacità del professionista di ottenere informazioni dirette e complete sulle condizioni cliniche attuali, mancando l'espletamento della palpazione nell'esame obiettivo, dovendosi inoltre necessariamente basare unicamente sui dati di cui alla lett. A)

D) Che, qualora il consulto contenga segnalazioni o necessità di maggiori approfondimenti o esami, il valore del consulto emesso rimane valido ed effettivo entro i limiti di quanto segnalato e che pertanto la prestazione richiesta si considera resa.

E) Di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 Reg. Ue 679/2016 e di averla sottoscritta

AUTORIZZO

Il Dott. Pier Paolo Borelli ove si rendesse necessario, a richiedere al Medico di Medicina Generale nonché altre persone ed enti, informazioni relative al mio stato di salute, compresa la storia clinica, gli attuali disturbi, gli esami diagnostici e di laboratorio. Il Dott. Pier Paolo Borelli è quindi autorizzato alla raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione della copia dei dati ottenuti, nei limiti della prestazione professionale resa e delle leggi vigenti. Autorizzo altresì il Dott. Pier Paolo Borelli alla registrazione ed alla conservazione del video consulto reso, nei limiti della prestazione professionale resa e delle leggi vigenti. La suddetta video registrazione è parte integrante della documentazione necessaria per rendere la prestazione professionale.

SOLLEVO

Il Dott. Pier Paolo Borelli da qualunque responsabilità e addebito eccedente la prestazione resa sulla base delle informazioni di cui alla lett. A) nei limiti di cui alla lett. B).

Luogo e data _____

Firma _____