

Dr. VERONESI Vanni

Sito web www.vanniveronesi.com

Canale YouTube <https://www.youtube.com/@veronesisectionfilumterminale>

SECOND OPINION

MODULO 3: autorizzazione per la comunicazione e la trasmissione della SECOND OPINION

AUTORIZZAZIONE PER LA COMUNICAZIONE E LA TRASMISSIONE DEI REFERTI DELLA SECOND OPINION

*Si informa che tutti i campi devono essere compilati correttamente per consentire la presa in carico della richiesta.
Si prega di inserire ND qualora l'informazione richiesta non sia disponibile.*

Dati del paziente

[Nome e Cognome]

Indirizzo:

[Via/Viale/Piazza]

[CAP]

[Città]

[Provincia]

Data di nascita: _____

Il **paziente** autorizza il Dr. Veronesi Vanni a comunicare le informazioni cliniche relative alla Second Opinion a:

Nome _____ Cognome _____

Il **paziente** autorizza il Dr. Veronesi Vanni a rilasciare il referto relativo alla Second Opinion a:

☐ a se stesso

☐ ad altri

L'invio del referto relativo alla Second Opinion richiesta sarà effettuato tramite (*selezionare la modalità di preferenza*):

☐ _e-Mail al seguente indirizzo

_____ @ _____

☐ _Fax al seguente numero:

Il paziente intestatario della documentazione clinica dichiara di essere consapevole che:

- Senza la data e la sua firma, il presente modulo di autorizzazione non ha alcuna validità.
- Il presente modulo di autorizzazione ha validità di un anno dalla data della firma, a meno che non venga revocato o fatto scadere entro la data di seguito indicata: _____.
- Il Paziente può revocare l'autorizzazione per iscritto via e-Mail all'indirizzo: veronesi.secondopinion@gmail.com, allegando il modulo di autorizzazione originariamente firmato.
- Il referto potrebbe contenere informazioni clinicamente rilevanti.

Data _____

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante _____