

OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	CONSENSO AZIENDALE		CONSAZHQA_0001		
	TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER SINGOLO EPISODIO E CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO		Rev. 8	Data 13/04/2018	Pag. 1 di 2

SEZIONE 1° (COMPILARE SEMPRE)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

in quanto paziente in quanto esercente legalmente la potestà

per il paziente Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, nonché degli articoli 79 (Informativa da parte di organismi sanitari) e 81 (Prestazione del consenso) e preso atto dei diritti riconosciutigli dall'art. 7, del predetto decreto esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili nelle modalità e per le finalità sotto descritte e Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGDP) Regolamento UE 2016/679: (barrare con una crocetta la risposta)

AMBITO PER IL QUALE SI ESPRIME IL CONSENSO	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI	SI	NO
INCONTRO ATTUALE CON LA STRUTTURA	ASSISTENZA SANITARIA		
	DIDATTICA (studenti universitari, specializzandi, dottorandi, assegnisti di ricerca, ecc.)		
	RICERCA SCIENTIFICA		
	ANALISI PER IL MIGLIORAMENTO		
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (eventi clinici anteriori all'attuale)	CREAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO		
	ASSISTENZA SANITARIA		
	DIDATTICA (studenti universitari, specializzandi, dottorandi, assegnisti di ricerca, ecc.)		
	RICERCA SCIENTIFICA		
	ANALISI PER IL MIGLIORAMENTO		
CONSERVAZIONE DEL MATERIALE BIOLOGICO (solo nel caso nell'episodio ne sia prevista la raccolta; vedi MODAOUHQA_0004)	ASSISTENZA SANITARIA		
	DIDATTICA (studenti universitari, specializzandi, dottorandi, assegnisti di ricerca, ecc.)		
	RICERCA SCIENTIFICA		
Attivazione del servizio Referti on-line (solo prestazioni ambulatoriali)			
Sportello Polifunzionale ASL 3 "Genovese", Servizi Territoriali, Autorità e Organi competenti			

Data _____ Firma _____

SEZIONE 2° - IN CASO DI INCAPACITÀ DEL PAZIENTE

Il sottoscritto Dott. _____

dichiara che all'atto del ricovero, (il giorno _____ alle ore _____)

il/la Sig./Sig.ra _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere. I Testimoni sono:

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Data _____ Firma del medico _____

Stante l'incapacità del paziente di esprimere un consenso valido, il presente modulo viene firmato dal Sig./Sig.ra _____

identificato mediante documento valido Tipo _____ N° _____

nella sua qualità di:

esercente legalmente la potestà prossimo congiunto familiare convivente

responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

che consente :

a chiunque a nessuno alle persone indicate nel box sul retro *

che la portineria renda noto ad eventuali richiedenti il luogo di ricovero **SI** **NO**

Data _____ Firma _____

Redatto Unità di Gestione del Rischio	Controllato Unità di Gestione del Rischio	Approvato Direzione Sanitaria Aziendale
--	--	--

OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	CONSENSO AZIENDALE	CONSAZHQA_0001		
	TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER SINGOLO EPISODIO E CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO	Rev. 8	Data 13/04/2018	Pag. 2 di 2

SEZIONE 3° - IN CASO DI PAZIENTE MINORE

Il sottoscritto Sig. _____ o la sottoscritta Sig.ra _____

esercenti la potestà genitoriale sul minore _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

esprimono il proprio libero consenso al trattamento dei dati personali e sensibili del minore nelle modalità e per le finalità sotto descritte: (barrare con una crocetta la risposta)

AMBITO PER IL QUALE SI ESPRIME IL CONSENSO	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI	SI	NO
INCONTRO ATTUALE CON LA STRUTTURA	ASSISTENZA SANITARIA		
	DIDATTICA (studenti universitari, specializzandi, dottorandi, assegnisti di ricerca, ecc.)		
	RICERCA SCIENTIFICA		
	ANALISI PER IL MIGLIORAMENTO		
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (eventi clinici anteriori all'attuale)	CREAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO		
	ASSISTENZA SANITARIA		
	DIDATTICA (studenti universitari, specializzandi, dottorandi, assegnisti di ricerca, ecc.)		
	RICERCA SCIENTIFICA		
CONSERVAZIONE DEL MATERIALE BIOLOGICO (solo nel caso nell'episodio ne sia prevista la raccolta; vedi MODAOUHQA_0004)	ASSISTENZA SANITARIA		
	DIDATTICA (studenti universitari, specializzandi, dottorandi, assegnisti di ricerca, ecc.)		
	RICERCA SCIENTIFICA		
Attivazione del servizio Referti on-line (solo prestazioni ambulatoriali)			
Sportello Polifunzionale ASL 3 "Genovese", Servizi Territoriali, Autorità e Organi competenti			

Data _____ Firma genitore _____

Firma del minore (per espressione del proprio consenso) _____

Consentono inoltre che la portineria renda noto ad eventuali richiedenti il luogo di ricovero SI NO

SEZIONE 4° - (COMPILARE SEMPRE) * Consenso alla comunicazione riguardo lo stato di salute

a nessuno alle seguenti persone sotto indicate al fiduciario nominato **

Cognome Nome	Grado di parentela o altro	Recapito telefonico

al medico curante: Dott.

che la portineria renda noto ad eventuali richiedenti il luogo di ricovero SI NO

Data _____ Firma _____

SEZIONE 5° - ** Nomina del fiduciario. ai sensi del Regolamento Regionale 9 .4.2014 N. 2
"Designazione del Fiduciario", si allega Nomina Regionale o allegato MODAZHQA_0016

Redatto Unità di Gestione del Rischio	Controllato Unità di Gestione del Rischio	Approvato Direzione Sanitaria Aziendale
--	--	--