

Consenso import immagini radiologiche

Paziente¹:

Ev. dati del genitore / tutore:

Cognome/nome _____ nt.il _____

Si richiede il trasferimento informatico, per finalità di diagnosi e cura

(Reparto richiedente: _____),

nell'archivio radiologico dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, delle immagini radiologiche e dei relativi dati anagrafici contenuti:

- nel/nei CD (nr CD _____)
- token^{2**} _____. Clinica erogante _____

Il/La paziente conferma che l'esame è stato fatto entro 45 gg o è stato riattivato (se l'esame non è online, non verrà caricato).

Nel merito **dichiaro** di essere stato/a informato/a che i dati acquisiti nel sistema di Radiologia dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige saranno conservati, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. massimario di scarto) a tutela del patrimonio documentale e che in caso del mancato ritiro del/dei CD entro 90 giorni dalla relativa consegna, lo stesso/ gli stessi verranno smaltiti.

DELEGO

il Reparto di: _____
 il sig/sig.ra _____,
nato/a _____ il _____,
identificato con documento _____ .nr. _____

alla consegna e/o ritiro del/dei CD/token
e nel merito allego copia del mio documento d'identità in corso di validità.

Data ___/___/_____

Firma del paziente e/o del tutore/delegato/esercente responsabilità genitoriale

¹ vedi allegato (Documento o Tessera Sanitaria)

² Da compilare solo in mancanza del modulo originale