

ZUSTIMMUNG

Name/Vorname

geboren in

Wohnsitz

Ich habe die Bestimmungen und das Informationsmaterial über das Datenschutz im Gesundheitsbereich nach art. 7 und 13 der Gesetzesvorschriften über das Datenschutz (D.Lgs 30/6/2003, n. 196) wahrgenommen

und bin mir bewusst, dass diese Behandlung auch sensible Daten (art. 4 des D.Lgs n. 196/2003) über den Gesundheitszustandes beinhaltet, und

akzeptiere hiermit die weitere Verleihung der sensiblen Daten

- zu diagnostischen, therapeutischen, Rehabilitations- und/oder
Preventionszwecken

- zu statistischen Zwecken

- zu epidemiologischen Forschungen, auf anonymer Art ja nein

akzeptiere hiermit die weitere Verleihung der genetischen Daten

- zu diagnostischen, therapeutischen, Rehabilitations- und/oder
Preventionszwecken, sowie eventuelle vom Patienten angeforderte weitere
Begutachtungen ja nein

Datum

Unterschrift des Patienten oder des rechtlichen Vertreter (lesbar)

Stempel und Unterschrift des Sachbearbeiters