

**Anhang. n. 3 Verweigerung zur der Behandlung der persönlichen sanitären Daten**

**Behandlungsverweigerung**

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 eine Behandlungsverweigerung wie in Punkt e) erklärt (nach art. 7, comma 4, del D.Lgs 30/6/2003 n. 196), zu einer Unmöglichkeit der Behandlung/Hilfeleistung/Beistand des Instituts führen kann.

**Der Patient verweigert eine weitere Datenbehandlung**

aus folgenden Gründen:

Datum

Unterschrift des Patienten oder des rechtlichen Vertreter (lesbar)

Stempel und Unterschrift des Sachbearbeiters