

Перевод с итальянского на русский язык

A.S.L. V.C.O.
Местный орган здравоохранения
Вербано Кузио Оссола

юрид. адрес: ул. Маццини, 117 – 28887 Омея (Вербано)
тел. +39 0323 5411 0324 4911 факс +39 0323 643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it – www.aslvco.it

Инд. № налогоплательщика /налоговый код 00634880033

Приложение № 4 Согласие на уведомление конфиденциальных данных

СОГЛАСИЕ

Нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся

Родившийся/родившаяся

Проживающий/проживающая в

В качестве (отметить подходящий вариант)

пациента

законного представителя пациента господина/госпожи
родившегося/родившейся

в

**РАЗРЕШАЕТ ПЕРСОНАЛУ МЕСТНОГО ОРГАНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СООБЩАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ, КАСАЮЩУЮСЯ:**

(отметить и подчеркнуть соответствующую строку)

только подписавшемуся/подписавшейся ниже

членам семьи, которые об этом попросят, а именно:

- супруг
- дети
- родители
- родственники до 4-го колена
- близкие родственники до 2 колена
- сожитель

любому, кто запрашивает данные

операторам «CAVS» _____

лечащему врачу

исключительно лицам, указанным ниже:

Nota bene. Кроме этого, в случае госпитализации, напоминаем Вам, что наш персонал телефонного коммутатора и отделения подтвердит Ваше присутствие в больнице людям, которые будут спрашивать о Вас (дабы разрешить общение и/или посещение родственниками и знакомыми), **если только Вы не отметите в следующей строке (поставив крестик в соответствующий квадрат) отказ подтвердить третьим лицам о своем присутствии в больнице.**

Я НЕ ЖЕЛАЮ, чтобы о моём присутствии в больнице было сообщено и/или подтверждено третьим лицам.

Дата 21/07/2017

Разборчивая подпись пациента (или его законного представителя)
