Quisisana
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Casa di Cura Quisisana Srl - Ospedale Privato Accreditato - Viale Cavour, 128 - 44121 FERRARA - Tel.+39 0532 207622 r.a. - Fax +39 0532 202646
Capitale Sociale € 624.000,00 i.v. - R.E.A.n.1332 - Codice Fiscale, Partita IVA e numero d'iscrizione del registro delle imprese di Ferrara: 0020 5800 386
info@quisisanafe.com - PEC: quisisana@legalmail.it - www.quisisanafe.com

MODULO DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

(ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

Il/la sottoscritto/a

.....

1. DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

Dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa dalla Casa di Cura Quisisana S.r.l. ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.Data:

2. CONSENSI ESPRESSI PER TRATTAMENTI FACOLTATIVI (Sezione riservata esclusivamente ai trattamenti che richiedono il consenso esplicito dell'interessato ex art. 9, par. 2, lett. a GDPR)

A) Costituzione del Dossier Sanitario Aziendale

Esprime la volontà di acconsentire alla costituzione del proprio Dossier Sanitario Aziendale (strumento informatico che permette la condivisione della propria documentazione clinica storica tra i professionisti sanitari della Casa di Cura per garantire la continuità delle cure all'interno della struttura), consapevole di poter chiedere in qualsiasi momento l'oscuramento di specifici eventi clinici o di revocare il consenso.

[ ] PRESTO IL CONSENSO [ ] NEGO IL CONSENSO

B) Integrazione dei dati sanitari pregressi nel Dossier Sanitario Aziendale (Compilare solo se è stato prestato il consenso al punto A)

Esprime la volontà di acconsentire all'inserimento nel Dossier Sanitario Aziendale anche dei dati clinici relativi a prestazioni e ricoveri precedentemente effettuati presso la Casa di Cura.

[ ] PRESTO IL CONSENSO [ ] NEGO IL CONSENSO

C) Inserimento nel Dossier Sanitario dei dati relativi a prestazioni soggette a "maggior tutela" (Compilare solo se è stato prestato il consenso al punto A)

Esprime la volontà di acconsentire all'integrazione all'interno del proprio Dossier Sanitario Aziendale anche delle informazioni relative a prestazioni sanitarie soggette a particolare tutela dell'anonimato ai sensi di legge (es. IVG, sieropositività, vittime di violenza, pedofilia, uso di sostanze).

[ ] PRESTO IL CONSENSO [ ] NEGO IL CONSENSO

D) Servizio di Promemoria Appuntamenti e Referti (Servizi di Cortesia)

Presta il consenso al trattamento dei propri recapiti (Cellulare/SMS/E-mail) per l'invio di comunicazioni organizzative e promemoria relativi ad appuntamenti, visite o disponibilità al ritiro di referti.

[ ] PRESTO IL CONSENSO [ ] NEGO IL CONSENSO

E) Invio di Newsletter e comunicazioni informative/promozionali

Presta il consenso all'utilizzo del proprio indirizzo e-mail per l'invio di newsletter, aggiornamenti informativi sulle attività di prevenzione, eventi e nuovi servizi offerti dalla Casa di Cura.

[ ] PRESTO IL CONSENSO [ ] NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma leggibile dell'utente/paziente _____