



REGIONE ABRUZZO – ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

MODELLO RICHIESTA DI PRESTAZIONE IN TELECONSULTO
per le finalità di “DIAGNOSI E CURA”

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____;
residente a _____ in via _____ C.F. _____

In qualità di diretto interessato
o esercente la responsabilità genitoriale / la tutela / la curatela / l'amministrazione di sostegno / caregiver familiare o
altro soggetto legittimato sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta:

(compilare SOLO se diverso dall'assistito)

Nome e Cognome: _____ nato a _____ il ____/____/____;
residente a _____ in via _____ C.F. _____

CHIEDE

che sia erogata la prestazione sanitaria di Teleconsulto, consistente nella valutazione clinica del caso da parte di uno o più professionisti sanitari, afferenti ad altra Azienda Sanitaria o struttura del Servizio Sanitario Regionale, mediante:

- collegamento audio/video a distanza;
- consultazione e condivisione elettronica di dati sanitari, referti, immagini diagnostiche, esiti di esami e documentazione clinica.

INOLTRE ATTESTA DI ESSERE STATO INFORMATO CHE

- il Teleconsulto rappresenta una modalità lecita e riconosciuta di erogazione delle prestazioni sanitarie, prevista dalle Linee Guida nazionali in materia di Telemedicina e che non preclude, ove necessario, la visita in presenza;
- il trattamento sarà effettuato da professionisti sanitari soggetti al segreto professionale e da personale debitamente autorizzato per finalità di diagnosi, assistenza e cura ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. e) e 9, par. 2, lett. g), h) e i) GDPR (come previsto dal provvedimento del GPD n.55 del 7/03/2019);
- non è previsto alcun trasferimento dei dati a soggetti non legittimati;
- tutti gli accessi ai dati sanitari sono registrati e tracciati;
- è vietato utilizzare i dati per finalità estranee all'assistenza sanitaria
- il Teleconsulto può agevolare l'accesso a competenze specialistiche e multidisciplinari;
- il Teleconsulto può ridurre i tempi decisionali clinici.

Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei vostri dati personali è l'ASL2 Abruzzo – Lanciano Vasto Chieti, C.F./P.IVA 02307130696, Via dei Vestini s.n.c. Palazzina N (ex Palazzina SE.BI.) – 66100 Chieti, Tel. (+39) 0871 3571, E-mail: ufficio.privacy@asl2abruzzo.it, PEC: info@pec.asl2abruzzo.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl2abruzzo.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede del titolare, consultabile anche sul sito web istituzionale asl2abruzzo.it/datipersonali

Firma (leggibile) dell'Interessato (anche per presa visione dell'informativa estesa):

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato da
_____ in data ____/____/____

ovvero

Data _____ Firma (anche per presa visione dell'informativa estesa) _____

Doc. n. _____ (se esercente la responsabilità genitoriale o il tutore)

(In caso di minori, qualora il consenso venga firmato da un solo genitore, visti gli artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 e 337 quater del Codice Civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori).

ovvero

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra

.....
non può prestare le proprie richieste per impossibilità psicofisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello*):

.....
n° documento identità rilasciato da

il..... C.F.....

- ☐ Familiare (indicare il rapporto di parentela)
- ☐ Convivente
- ☐ Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- ☐ Amministratore di Sostegno
- ☐ Caregiver

presenta questo modello nell'ambito e per le attività indicate e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente le proprie richieste, a comunicargli di averle prestate in sua vece e luogo.

Data

Firma del dichiarante (anche per presa visione dell'informativa estesa)

.....

Alla consegna del presente Modello, debitamente compilato, presentarsi muniti di documento d'identità in corso di validità o con delega e documento anche del delegante.

Riservato all'U.O. _____ (da compilare solo in caso di paziente ricoverato)

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____ Data ____/____/____