

**AUTORIZZAZIONE PER
LA COMUNICAZIONE E LA TRASMISSIONE DEI REFERTI DELLA MONZINO SECOND OPINION**

Si informa che tutti i campi devono essere debitamente compilati perché la richiesta sia presa in carico. Si prega di inserire ND nel caso in cui l'informazione richiesta non fosse disponibile.

Dati del Paziente

_____ [Nome e Cognome]

Indirizzo: _____

[Via/Viale/Piazza]

_____ [CAP]

_____ [Città]

_____ [Provincia]

Data di Nascita: _____

Il **Paziente** autorizza il Centro Cardiologico Monzino a comunicare le informazioni cliniche relative alla Monzino Second Opinion a:

Nome _____ Cognome _____

Il **Paziente** autorizza il Centro Cardiologico Monzino a rilasciare il referto relativo alla Monzino Second Opinion a:

a se stesso ad altri

L'invio del referto relativo alla Second Opinion richiesta sarà effettuato tramite *(selezionare la modalità di preferenza)*:

e-Mail al seguente indirizzo _____ @ _____

Fax al seguente numero: _____

Se volesse ricevere il referto della Monzino Second Opinion via corriere, le chiediamo gentilmente di compilare i campi sotto riportati. La informiamo che in questo caso verrà richiesto il pagamento aggiuntivo di € 10,00.

_____ [Nome e Cognome]

_____ [Presso]

_____ [Via/Viale/Piazza]

_____ [CAP]

_____ [Città]

_____ [Provincia]

Il paziente intestatario della documentazione clinica dichiara di essere consapevole che:

- Senza la data e la sua firma il presente modulo di autorizzazione non ha alcuna validità
- Il presente modulo di autorizzazione ha la validità di un anno dalla data della firma, a meno che non lo si intenda revocare o far scadere entro la data di seguito specificata: _____. Il Paziente può revocare l'autorizzazione per iscritto via e-Mail all'indirizzo: second.opinion@cardiologicomonzino.it, allegando il modulo di autorizzazione originariamente firmato.
- Il referto potrebbe contenere informazioni relative a infezioni da HIV, AIDS, malattie sessualmente trasmissibili, uso di alcol e droghe, dati genetici ed ogni altra informazione clinicamente rilevante.

Data _____

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante: _____