

## AUTORIZZAZIONE PER LA COMUNICAZIONE E LA TRASMISSIONE DEI REFERTI DELLA IEO 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 l'Istituto Europeo di Oncologia a comunicare le informazioni cliniche relative alla IEO Second Opinion a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Il **Paziente** autorizza l'Istituto Europeo di Oncologia a rilasciare il referto relativo alla 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 Second Opinion IEO via corriere, le chiediamo gentilmente di compilare i campi sotto riportati. La informiamo che in questo caso verrà richiesto il pagamento aggiuntivo di € 18,00.

\_\_\_\_\_  
[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: [so.illy@ieo.it](mailto:so.illy@ieo.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: \_\_\_\_\_