

**IEO SECOND OPINION
LIBERATORIA DEL PAZIENTE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Io sottoscritto _____

[Nome e Cognome]

Dichiaro

di aver inoltrato una richiesta relativa alla IEO Second Opinion, affinché i medici dell'Istituto Europeo di Oncologia effettuino un consulto a distanza sulla base della documentazione clinica da me inviata.

I medici IEO saranno in grado di formulare le loro conclusioni solo ed esclusivamente sulla base delle informazioni cliniche fornite dal sottoscritto o dal medico di riferimento.

IEO non ha alcuna responsabilità sull'accuratezza e/o completezza delle informazioni e su eventuali errori nella trasmissione delle stesse.

Sono inoltre consapevole che:

1. il consulto a distanza non è sostitutivo della visita effettuata dal medico specialista alla presenza del Paziente;
2. la mancanza della visita limita la possibilità per il medico di ottenere informazioni complete sulle condizioni cliniche del Paziente;
3. le indicazioni cliniche fornite con il consulto a distanza si basano esclusivamente sulle informazioni rese disponibili al medico.

Autorizzo

il medico di riferimento e qualsiasi altra persona o entità al rilascio ai medici IEO di qualunque informazione relativa allo stato di salute del Paziente, compresi la storia clinica, attuali disturbi, esami diagnostici e di laboratorio. IEO è così autorizzato a ottenere qualsiasi referto o informazione necessari.

Data _____

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante _____