INFORMATIVA AL SERVIZIO DI TELEMEDICINA

La Telemedicina utilizza attrezzature mediche, informatiche e tecnologie di comunicazione elettronica che permettono di poter erogare servizi sanitari a distanza (Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto, Telemonitoraggio, Teleriabilitazione, Teleconsulenza medico-sanitaria).

La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. La prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

ADESIONE AL SERVIZIO DI TELEMEDICINA

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il ____/____/____

in qualità di:

- Diretto Interessato
- Genitore
- Convivente
- Familiare
- Coniuge Tutore
- Affidatario
- Prossimo congiunto
- Responsabile della struttura presso cui dimora

Del Sig. /Sig.ra _____

Documento d'Identità n° _____ rilasciato il ____/____/____

(opp. Vedi copia allegata) C.F. _____

(N.B.: Se il modulo è compilato da chi fa le veci del paziente allegare obbligatoriamente copia della carta di identità)

DICHIARO DI ESSERE

stato informato di quanto segue:

- Nell'ambito di una televisita, la responsabilità dell'esame dipenderà dal medico specialista refertatore e dalla struttura sanitaria dalla quale questo dipende;
- Nell'ambito del telemonitoraggio, può essermi fornito un kit biomedicale per la rilevazione dei parametri vitali;
- Nell'ambito della teleassistenza, potrò effettuare comunicazioni audio-video con il personale sanitario (infermiere, ostetrica, dietista, fisioterapista, logopedista etc.);
- I dati raccolti clinici, biologici, audio e video necessari ai fini dell'obiettivo da raggiungere, possono essere utilizzati solo a scopo di documentazione o di assistenza sanitaria da parte di tutti coloro che sono coinvolti nel passaggio di informazioni al fine di eseguire la prestazione richiesta e per ogni altro aspetto organizzativo ed amministrativo, nei soli limiti richiesti in ragione della finalità di raccolta e trattamento;
- Ho il diritto di rifiutare o revocare la mia adesione per la telemedicina in qualsiasi momento senza influire sul diritto alle cure future;
- Sono stato informato del fatto che esistono metodi alternativi per eseguire l'esame e, in particolare, che la prestazione può essere erogata anche in presenza, qualora sia necessario;
- Ho il diritto di accesso alle mie informazioni sanitarie. Posso esaminare tutte le informazioni sanitarie documentate nel corso di un incontro di telemedicina e posso ottenere copia di tali informazioni in conformità con la legge Italiana.

Ho perfettamente compreso tutte le informazioni fornitemi con la presente informativa sulla prestazione diagnostica di telemedicina e sulle modalità di trattamento e conservazione dei dati.

Aderisco al servizio di telemedicina propostomi, e acconsento all'esecuzione dell'esame nella modalità telemedicina e con le garanzie espresse nella presente informativa.

Fornisco il recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica ai quali posso essere contattato per l'erogazione della prestazione di telemedicina.

Recapito telefonico (numero di telefono cellulare) _____

E-mail _____

Supportato da caregiver?

Sì

No

Luogo e Data, _____ il _____

Firma _____