



MEDICINA INSIEME

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA
VIA SENESI,4 - PERGINE VALSUGANA

NUOVO ASSISTITO

Le informazioni richieste sono necessarie al medico per contattarla, per iniziare a compilare la sua cartella clinica e integrano i dati forniti dall'Azienda Sanitaria.

Dati Anagrafici					
Cognome					
Nome					
Data di nascita					
Contatti					
telefono fisso		Cellulare			
email					
Pers. di riferimento					
Grado di parentela		telefono persona di riferimento			
Informazioni cliniche					
Problemi attuali e pregressi	Anno	Patologia			
Farmaci assunti regolarmente	Nome farmaco	Dosaggio	Quando (mattina, sera, ecc.)		
Allergie e intolleranze					
Pressione		Altezza		Peso	

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR

Data _____

Firma _____



MEDICINA INSIEME

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA
VIA SENESI,4 - PERGINE VALSUGANA

MODULO CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____

CAP _____ Comune _____

Assistito dal medico: Dr. _____

Via L. Senesi 4, Pergine Valsugana – 38057 (TN)

e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al Regolamento (UE) 216/679 in materia di protezione dei dati personali,

ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione, ricerca clinica ed epidemiologica:

- Esclusivamente il Medico di libera scelta Titolare.
- Il Medico, i suoi sostituti, i collaboratori e i Medici in gruppo con il Titolare.
- Il Medico, i suoi sostituti, i collaboratori, i Medici in gruppo con il Titolare, i Medici di Continuità Assistenziale ed i gruppi di cura esterni (emergenza, reparti ospedalieri, specialisti, farmacisti).

Pergine Valsugana il _____

Firma dell'assistito _____