



MEDICINA INSIEME

via San Pietro, 4 – Pergine Vals.
presso Padiglione Perusini

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 dati personali in base al D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Data _____

Firma _____



MEDICINA INSIEME

via San Pietro, 4 – Pergine Vals.
presso Padiglione Perusini

MODULO CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____
CAP _____ Comune _____

Assistito dal medico: Dr. _____
via San Pietro 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 afferenti all'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT01) Pergine Valsugana.
- ☐ 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 _____