

DATI DEL PAZIENTE (PATIENT DETAILS)

COGNOME (Surname)					NOME (Forename)				
LUOGO DI NASCITA (Birth place)					DATA DI NASCITA (DOB) (gg/mm/aaaa)				
INDIRIZZO ABITAZIONE (Home address)									
							SESSO (Gender)		
							<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
TELEFONO (Tel)					CELLULARE (Mob)				
CODICE FISCALE									
INDIRIZZO E-MAIL									
STRUTTURA SANITARIA PRESSO CUI SONO CUSTODITE LE BIOPSIE (Hospital(s) where biopsies were taken including year of biopsies if possible)									

PATIENT DETAILS

DATI DEL MEDICO SPECIALISTA (REQUESTING CLINICIAN DETAILS)

COGNOME (Surname)					NOME (Forename)				
INDIRIZZO (Address)									
TELEFONO (Tel)					CELLULARE (Mob)				
INDIRIZZO E-MAIL (Email Address)									
NOME DELLA SEGRETARIA, NUMERO DI TELEFONO E EMAIL (Secretary name, telephone n° and email)									
INDIRIZZO MAIL A CUI SPEDIRE IL REFERTO (Email address to send report to)									
NOTE (ADDITIONAL INFORMATION YOU THINK WE MAY NEED)									

CLINICIAN DETAILS

Consenso al trattamento dei dati personali e dei dati genetici secondo l'art. 7 del Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (GDPR) e successive modifiche, integrazioni e norme italiane di attuazione

Dopo attenta lettura dell'informativa fornitami

ACCONSENTO

al trattamento dei miei dati personali e genetici, ai fini e secondo le modalità dichiarate nella nota informativa, di cui ho ricevuto copia, da parte di MEDnoTE s.r.l.

DICHIARO DI

- volere NON volere essere informato circa i risultati dell'analisi
- volere NON volere rendere partecipi i miei familiari circa i risultati dell'analisi
(restrizioni/commenti:)
- volere NON volere che copia del referto sia inviata al mio medico di famiglia

NOME MEDICO
DI FAMIGLIA

AUTORIZZO

MEDnoTE s.r.l. all'invio del referto al Medico Specialista Dott./Dott.ssa:

NOME MEDICO
SPECIALISTA

che mi ha prescritto l'esame ONCOFOCUS

Sono quindi consapevole che il risultato dell'esame mi sarà comunicato dal Medico Specialista.

Luogo e data

Firma Paziente

DICHIARO INOLTRE SPECIFICAMENTE DI

- volere NON volere che il DNA o RNA o tessuto o cellule estratto/e dal campione biologico prelevato (sangue o tessuto sano o tessuto tumorale o cellule) vengano conservati ed utilizzati -così come i referti risultanti-, in forma anonimizzata, per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche se qui non espressamente indicate ed anche tramite la trasmissione dei dati in paesi extra-UE
- volere NON volere essere informato di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi o ricerche
- accettare NON accettare che i dati contabili relativi alla fatturazione di questa prestazione siano trasmessi alla AGENZIA DELLE ENTRATE ai fini della elaborazione del 730 precompilato, ai sensi del D.Lgs. 175/2014.

Luogo e data

Firma Paziente