

DATI DEL PAZIENTE (PATIENT DETAILS)

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

PATIENT DETAILS

DATI DEL MEDICO SPECIALISTA (REQUESTING CLINICIAN DETAILS)

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

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