



Dichiarazione di consenso

Informazioni sulla protezione dei dati e sulla dichiarazione di consenso

I vostri dati medici sono protetti dalla legge sulla protezione dei dati. Presso l'Istituto di radiologia medica (MRI), ciò riguarda principalmente le immagini e i relativi referti. Apponendo la vostra firma, confermate di accettare il trattamento secondo la nostra dichiarazione sulla protezione dei dati (disponibile sul sito <https://mri-roentgen.ch/informativa-sulla-privacy/> o tramite il QR code a destra).



In particolare, acconsentite ai seguenti trattamenti:

- Confermo che MRI è autorizzata, fino a un'eventuale revoca, a richiedere esami e referti preliminari sul mio conto, nonché a trasmettere gli esami e i referti alle dottoresse/ai dottori e agli ospedali preposti al post-trattamento, a fronte di una richiesta in tal senso.
- Accetto che i dati necessari per la valutazione dell'obbligo di prestazione e per la fatturazione possano essere trasmessi alla mia cassa malati/assicurazione. In presenza di questioni giuridiche, è possibile consultare un avvocato, che sarà analogamente soggetto all'obbligo di riservatezza.
- Acconsento all'invio di informazioni personali da parte di MRI alla mia e-mail personale o, tramite SMS, al mio numero di cellulare, in conformità con l'informativa sulla privacy. L'indirizzo e-mail e il numero di cellulare riportati in alto a destra sono corretti.
- Il trattamento, i contratti e tutti i rapporti giuridici tra il paziente, il medico e MRI sono disciplinati esclusivamente dal diritto sostanziale svizzero, fatta esclusione per qualsiasi norma in materia di conflitto. Il foro competente esclusivo è il tribunale ordinario di Zurigo.

Luogo, data:

Firma del/della paziente:

Consenso all'utilizzo dei dati personali relativi alla salute per finalità di ricerca

La ricerca contribuisce in modo significativo al miglioramento della qualità della medicina e quindi delle future cure mediche. Con la mia firma:

- Acconsento all'utilizzo dei miei dati personali relativi alla salute, a seguito di un trattamento medico o comunque disponibili, per finalità di ricerca, nel rispetto della massima riservatezza;
- Riconosco che il mio consenso è volontario e che posso rifiutarlo o ritirarlo in qualsiasi momento senza alcuna giustificazione;
- Sono consapevole che i miei dati potranno essere utilizzati per la ricerca e saranno protetti da misure operative, tecniche e organizzative. Faremo in modo che il minor numero possibile di persone abbia accesso alla vostra identificazione personale (nome, indirizzo, data di nascita, ecc.). A tal fine, cripteremo i vostri dati. Ciò significa che i dati che possono identificarvi saranno sostituiti da un codice. Solo le persone che hanno accesso all'elenco dei codici possono identificarvi. Se trasmettiamo i vostri dati a terzi per finalità di ricerca, questi dati saranno sempre criptati o verranno resi anonimi, vale a dire che soggetti terzi non avranno mai accesso alla vostra identità.

Accetto che i miei dati vengano utilizzati per finalità di ricerca:

☐ Sì

☐ No

Luogo, data:

Firma del/della paziente:

