

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI DI DIAGNOSTICA SPECIALISTICA IN TELEMEDICINA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

DICHIARO

-di essere stato informato in merito all'atto sanitario proposto e di aver compreso tutte le informazioni fornite attraverso il colloquio e la nota informativa;

- di essere consapevole di eventuali rischi o complicanze che la visita/esame nella modalità telemedicina può comportare rispetto alla visita medica tradizionale;

e

ACCETTO

NON ACCETTO

liberamente ed in piena coscienza la prestazione sanitaria:

 ECG HOLTER ECG HOLTER PRESSORIO SPIROMETRIA ESAME DERMATOSCOPICO POLISONNOGRAFIA ANALISI EMATICHE DA PRELIEVO CAPILLARE ANALISI DELLE URINE RETINOGRAFIA (NON-MIDRIATICA) HIGO

Sono consapevole di poter revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima della prestazione sanitaria.

Data di compilazione

\_\_\_\_\_

Firma del Paziente

\_\_\_\_\_

