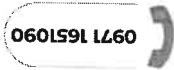




Ommedea S.p.A.  
Sede legale  
C.F./P.IVA: 01947640767  
114, Viale del Basento - 85100 POTENZA (PZ) - ITALY  
Altre sedi  
25, Viale Tiziano - 00196 ROMA (RM) - ITALY  
23, Viale Forlanini - 20134 MILANO (MI) - ITALY



medeat@ommedea.com  
info@med-ea.it



Data di compilazione \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

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

liberamente ed in piena coscienza la prestazione sanitaria:

ACCETTO  NON ACCETTO

e

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

- attraverso il colloquio e la nota informativa;

- di essere stato informato in merito all'atto sanitario proposto e di aver compreso tutte le informazioni fornite

**DICHIARO**

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

- Gentore munito di potestà congiunta, con il coniuge che è informato in merito alla necessità del presente consenso
- Gentore munito della potestà esclusiva
- Tutore
- Amministratore di sostegno

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di (selezionare solo una voce)

**DA COMPILARE IN CASO DI PERSONA DIVERSA DAL PAZIENTE**



Un nuovo modo di fare medicina