

**RICHIESTA DI LIMITAZIONE ALL'UTILIZZO DI
INFORMAZIONI RISERVATE**

PAZIENTE: COGNOME		NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO			
STRUTTURA		UNITA'	

ISTRUZIONI: CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE! Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente.

RICHIESTA DI LIMITAZIONE ALL'UTILIZZO INTERNO DELLE INFORMAZIONI

LIMITAZIONE RICHIESTA
QUALI INFORMAZIONI:
PERSONA(E) A CUI LIMITARE LA COMUNICAZIONI DELLE INFORMAZIONI:
RAGIONE PER LA LIMITAZIONE

Io sottoscritto tramite il presente strumento chiedo che l'utilizzo delle documentazioni/informazioni mediche sul mio conto venga limitato come sopra descritto. Sono consapevole che la struttura potrebbe non accettare la mia richiesta, motivando tale rifiuto.

(Firma del paziente)

(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

(Nome del paziente in stampatello)

(Nome del genitore/tutore in stampatello)

(Data)

(Data)

Risposta della struttura:

Richiesta approvata.

Richiesta negata. Ragione per il rifiuto

L'utilizzo delle informazioni è essenziale per poter garantire al paziente il trattamento.

Altra motivazione. Descrivere

Direttore/Vicedirettore

DATA