

Modulo di rinuncia - Adulti, genitore/ tutore o persona responsabile

Dichiarazione di adulti, di un genitore/tutore (per conto di un bambino o di un minore) o di una persona responsabile (per conto di una persona che non è in grado o non è competente a fornire il consenso per se stessa)

Firmando questo modulo per rinunciare al programma MedicineInsight. Firmando il modulo, accetto quanto segue:

- Ho letto il Foglio informativo o qualcuno me lo ha letto in una lingua a me comprensibile. Copie tradotte del Foglio informativo sono disponibili anche all'indirizzo: <https://www.nps.org.au/medicine-insight/patient-and-provider-information>
- Ho avuto l'opportunità di fare domande su MedicineInsight. L'ambulatorio mi ha spiegato il programma e le mie domande hanno trovato risposta.
- Sono consapevole che lo studio medico smetterà di rilasciare a MedicineInsight le mie informazioni o quelle associate alla persona per la quale viene firmato questo modulo di rinuncia e riconosco che potrebbe non essere possibile ritirare le informazioni raccolte fino al momento di questa rinuncia.
- Sono consapevole che la decisione di rinunciare a MedicineInsight non influenzerà l'assistenza sanitaria che io, o la persona per conto della quale viene presa questa decisione, riceveremo ora o in futuro.

Selezionare questa casella se si desidera rinunciare al programma MedicineInsight:

Desidero rinunciare al programma MedicineInsight

Barrare questa casella se state compilando questo modulo per conto di qualcun altro:

Compilo il presente modulo per conto di un bambino/minore o di una persona che non è in grado o non è competente a fornire il proprio consenso.

Nome della persona	
Nome del genitore/tutore o della persona responsabile. <i>*Se state firmando per vostro conto, lasciate in bianco.</i>	
Indirizzo	
Età (in anni)	

Firma: _____ Data: _____

Siete pregati di restituire questo modulo compilato al vostro medico di famiglia o alla reception dell'ambulatorio.

*PER USO D'UFFICIO

Ho rimosso il paziente dallo strumento di raccolta dati di MedicineInsight.

Ho preso provvedimenti per assicurarmi che lo strumento MedicineInsight non raccolga le informazioni contenute nella cartella clinica del paziente.

Nome del responsabile dell'azione	
-----------------------------------	--

Firma: _____ Data: _____