



2018

Il trattamento dati nello studio medico
esempio cartello informativo per trattamento dati studio medico
generale

Paola Maddalena Ferrari
info@studiolegaleferrari.it
02/05/2018

L'informativa va adattata al proprio caso ed alla tipologia di trattamenti reali. E' un format d'esempio.

Fare attenzione, in particolare, ai punti in giallo

COME TRATTIAMO I DATI PERSONALI DEI NOSTRI PAZIENTI

INFORMATIVA RESA AI SENSI ARTICOLO 13 Regolamento (UE) 2016/679

RESO DAL GRUPPO (nome gruppo se esiste).....
Per i medici (nomi del gruppo e/o rete)

Il nostro studio rispetta i pazienti ed avremo cura dei dati personali e sanitari che ci sono affidati.

I dati (anagrafici, clinici e/o assistenziali) sono trattati con sistemi informatici e/o cartacei.

Il medico di famiglia da Lei scelto come medico di fiducia, fa parte di un' associazione medica e collabora usualmente con altri medici per garantire un servizio più puntuale ed efficace nonché per garantirle l'assistenza anche in continuità assistenziale. Indicare se ricorre

All'interno di questi servizi i medici ed il personale, secondo le relative competenze ed ambito di attività, avranno accesso ai suoi dati per le finalità di cura che Lei richiederà, alla struttura o al medico addetto all'atto dell'accesso.

Tutto il personale è formato al rispetto della Sua riservatezza e tenuto al segreto professionale.

AMBITI DI TRATTAMENTO

I suoi dati personali e sanitari saranno trattati, in conformità alle indicazioni dell'Autorità Garante anche per (ADATARE ALLA PROPRIA REALTA'):

- ✓ Prescrizione medicinali e prescrizioni sanitarie a carico servizio sanitario nazionale da parte del suo medico, dai medici dell'associazione e/o sostituti.
- ✓ Collaborare con gli eventuali specialisti che l'avranno incarico per coordinare le cure.
- ✓ Collaborare con altri sanitari che l'avranno in cura per coordinare le cure
- ✓ Fornirle servizi di telemedicina, quando le saranno proposte
- ✓ Fornirle il servizio d'assistenza attraverso medici sostituti incaricati. Lei ha diritto di rifiutare la condivisione della sua scheda sanitaria e/o fatti clinici comunicandolo al medico ma in questo caso sarà suo obbligo, ai fini della sua sicurezza, comunicarli al medico che la curerà di volta in volta.
- ✓ Redazione di certificazioni obbligatorie con invio diretto agli enti preposti secondo la legge.
- ✓ Adempiere o per esigere l'adempimento di specifici obblighi o di eseguire specifici compiti previsti da leggi e/o da Lei richieste.
- ✓ Il trattamento può riguardare anche la compilazione di cartelle cliniche, di certificati e referti e di altri documenti di tipo sanitario, ovvero di altri documenti relativi alla gestione amministrativa, epidemiologica finalizzata al parametro dei costi e dei risultati di salute riferiti ai singoli piani di terapeutici o aree terapeutiche omogenee.
- ✓ Il medico potrà comunicare e/o ricevere comunicazioni con specialisti e/o farmacisti che l'hanno in cura e/o che le dispenseranno il farmaco prescritto quando questo sarà necessario per la garantire la sicurezza delle cure.
- ✓ (ALTRO)

SOGGETTI AUTORIZZATI ALL'ACCESSO O CONSULTAZIONE DEI SUOI DATI

Solo il personale dello studio e gli incaricati che il suo medico individuerà come per esempio: i medici specialisti che seguiranno il suo percorso di cure appartenenti all'associazione e/o rete territoriale, specialisti, i medici della continuità assistenziale (Guardia medica) se ricorre, i medici sostituti, i collaboratori, i consulenti e gli infermieri di studio e/o i sanitari che in accordo con Lei con il suo medico seguiranno il percorso assistenziale, potranno avere accesso ai suoi dati sanitari per le finalità di cui

A cura avv. Paola M. Ferrari – www.studiolegaleferrari.it – www.legalcorner.it

sopra e limitatamente a quanto necessario per svolgere le mansioni alle quali sono delegati e per il tempo di cura.

I Suoi dati potranno essere scambiati all'interno del Servizio Sanitario, ospedali e/o altri enti, per le finalità di cura necessarie alla Sua salute o per ragioni previste dalla legge nonché, in modo aggregato senza indicazione di dati personali e riferimenti al singolo paziente, per le attività di verifica e programmazione dei percorsi assistenziali o per altre ragioni previste dalla legge.

I dati saranno inviati al fascicolo sanitario se Lei avrà dato il consenso alla sua alimentazione. E' informato che ha diritto di rifiutare il caricamento del singolo fatto clinico anche nel caso in cui ne abbia autorizzato l'alimentazione.

Lei è informato del fatto che in alcune circostanze il medico è obbligato al referto e/o all'obbligo di denuncia (es reati perseguibili d'ufficio, reato stradale ecc.). Queste attività rientrano nell'obbligo che il suo medico si è assunto nei confronti del servizio sanitario nazionale e/o in quanto incaricato di pubblico servizio in quanto trattamento per finalità di legge.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il suo medico (titolare del trattamento), custodirà, trasmetterà e/o riceverà i suoi dati con modalità cartacea e/o ed informatica ed aggiornerà quelli imposti dalla legge per conto del servizio sanitario nazionale al fine di erogarle le prestazioni richieste.

Al fine di custodire i suoi dati detenuti in formato elettronico potrà servirsi di società specializzate in conservazione dei dati e/o fornitori di software che saranno anch'esse tenute al segreto professionale assoluto nonché all'obbligo di conservarli in Europa con divieto di ulteriori accessi non autorizzati e/o trattamenti non autorizzati.

DIRITTI E DOVERI DEL PAZIENTE

La presente informativa, che il medico le spiegherà, su sua richiesta se dovesse risaltarle non sufficientemente chiara, costituisce atto di implicito consenso al trattamento nonché alla conservazione dei suoi dati nei termini sopra descritti.

Nel caso in cui lei ritenesse, com'è suo diritto, di segretare parte dei suoi dati e renderli visibili solo al medico curante, dovrà darne esplicita comunicazione al suo medico che sarà l'unico ad avere accesso alle informazioni.

In quest'ultimo caso, ciò potrebbe determinare il rischio di un non corretto inquadramento diagnostico da parte degli altri sanitari dell'associazione o rete che dovessero visitarla e potrebbe non essere possibile fornirle parte dei servizi sopra indicati.

I dati infatti, sono le informazioni personali e sanitarie che la riguardano. Informazioni non precise potrebbero comportare rischi diagnostici.

Lei avrà diritto ad avere, in qualunque momento, copia di tutti o di una parte dei dati sanitari che la riguardano ma non può chiederne la cancellazione fino a che sia decorso il termine di prescrizione dall'ultima registrazione.

La documentazione sanitaria (ricette, referti ecc.) può essere ritirata solo da Lei e/o da persona delegata con modalità scritta e munita della sua carta d'identità e/o tessera sanitaria. La delega può anche essere effettuata con modalità ripetitiva e stabile comunicandolo direttamente al medico.

DIVIETO DI RACCOLTA IMMAGINI E SUONI ALL'INTERNO DEI LOCALI

All'interno dei locali è vietato, per la Sua riservatezza e quella degli altri utenti, registrare audio, video, scattare foto.

E' vietato, anche, postare qualunque immagine e/o audio registrati nel nostro studio . La violazione di questo divieto comporta il diritto alla revoca del mandato di cura nonché, nei casi più gravi, la denuncia alle pubbliche autorità per violazione dei dati personali dei nostri assistiti e del nostro personale.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: nome del medico

ipotesi di consenso del paziente che in ogni caso, e' sempre utile far firmare alla presa in carico. I consensi prima d'ora raccolti sono validi se contengono le indicazioni di cui sopra

Informato sui miei diritti e letta l'informativa, autorizzo il dr.ed i suoi sostituti anche all'interno dell'aggregazione funzionale alla quale appartiene al trattamento dei miei dati in formato elettronico e cartaceo.

COGNOME E NOME	
NATO A	
RESIDENTE	
NOME DELLE PERSONE AUTORIZZATE A RITIRARE DOCUMENTI SANITARI O INFORMAZIONI URGENTI (RICETTE, REFERTI ECC.)	
AUTORIZZO IL MEDICO A RIFERIRE LA MIA CONDIZIONE CLINICA A PROFESSIONISTI COME MEDICI SPECIALISTI O OSPEDALIERI PER RAGIONI DELLA MIA CURA COME DA INFORMATIVA CHE HO LETTO E CHE TROVERO' ESPOSTA IN SALA D'ATTESA O RICHIEDERE AL MEDICO STESSO. SALVO DIVERSA INDICAZIONE	
AUTORIZZO IL MEDICO AD INVIARMI DOCUMENTAZIONI SANITARIA E/O INFORMAZIONI DI SALUTE A MEZZO MAIL. SARO' IN OGNI CASO LIBERO DI RITIRARE QUESTO CONSENSO IN QUALUNQUE MOMENTO E/O LIMITARLO IN RELAZIONE A PARTICOLARI EVENTI CLINICI	<u>MAIL</u>
Data, firma dell'interessato o di chi ne fa le veci	