

LIBERATORIA DEL PAZIENTE PER LA RICHIESTA DELLA SECOND OPINION

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

di aver trasmesso una richiesta ai clinici della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli relativa alla second opinion, affinché possano effettuare un consulto a distanza, sulla base della documentazione clinica da me (o da mio rappresentante) inviata.

I clinici della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, dopo aver visionato la documentazione allegata, possono riservarsi di non realizzare il consulto nei termini richiesti. Saranno, comunque, in grado di formulare le loro conclusioni solo ed esclusivamente sulla base delle informazioni cliniche pervenute, che potrebbero risultare limitate.

La Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli non ha alcuna responsabilità sull'accuratezza e/o completezza delle informazioni e su eventuali errori nella trasmissione della stessa.

Sono consapevole che:

- Il consulto a distanza non è sostitutivo della visita effettuata dal clinico specialista alla presenza del paziente;
- La mancanza della visita limita la possibilità per il clinico di ottenere altre informazioni che completano il quadro clinico del paziente.

I clinici della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli non hanno l'obbligo di richiedere ulteriori documentazione e/o informazioni rispetto a quella ricevuta.

Firma del paziente (o suo rappresentante)
