

ISTANZA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO DI EVENTO CLINICO NEL PROPRIO DOSSIER SANITARIO

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 CF _____ residente a _____ prov. _____
 CAP _____ in via _____ n. _____ n. di telefono _____

dichiarando, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, di agire in qualità di:

- diretto interessato genitore esercente la responsabilità genitoriale
 tutore/amministratore di sostegno/ curatore legale rappresentante

di (nome e cognome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 CF _____ residente a _____ prov. _____
 CAP _____ in via _____ n. _____ n. di telefono _____

CHIEDE

che l'evento clinico di seguito individuato:

- Singola prestazione/esame diagnostico:** _____
 (specificare: esame di laboratorio, di radiologia, visita specialistica, ecc.)
 eseguito presso il Presidio Ospedaliero / Distretto di _____ in data _____
- Ricovero ordinario/day hospital/day surgery**
 avvenuto presso il Presidio Ospedaliero di _____ in data _____ .
 La richiesta riguarda tutti gli esami, prestazioni sanitarie, ecc. effettuati in occasione del ricovero ed eseguiti dalla data del _____ fino alla data del _____ .
- Accesso al Pronto Soccorso**
 avvenuto presso il Presidio Ospedaliero di _____ in data _____
 La richiesta riguarda tutti gli esami, prestazioni sanitarie, ecc. effettuati in tale occasione.
- Altro** (specificare) _____

- NON SIA RESO DISPONIBILE (1)** nel Dossier Sanitario Elettronico (DSE)
- SIA RESO NUOVAMENTE DISPONIBILE (2)** nel Dossier Sanitario Elettronico (DSE), annullando il precedente oscuramento

- (1) L'oscuramento effettuato per il Dossier Sanitario determina il blocco alla consultazione del medesimo evento/documento anche su Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale, pertanto non sarà reso disponibile né al Medico di Medicina Generale, né ad altre strutture del Servizio Sanitario Regionale. In ogni modo, le informazioni sanitarie oscurate restano a disposizione del reparto/servizio che le ha generate e dell'Azienda per gli eventuali obblighi di conservazione, ma non saranno più condivise tra i diversi professionisti che abbiano in cura, di volta in volta, l'interessato. Si ricorda che l'oscuramento del dato / evento potrebbe avere conseguenze nei processi di cura, restando sconosciuti ai medici che La prenderanno in carico informazioni e dati sanitari importanti, con conseguente esonero di responsabilità per eventuali possibili casi di errori nelle cure.
- (2) In caso di oscuramento si garantisce la possibilità di ripensamento: l'interessato può, infatti, sempre revocare il precedente oscuramento dell'evento consentendo così a tutti gli operatori di tornare a prenderne visione per un miglior percorso di cura. Tale opzione deve essere espressa con questa specifica richiesta.

Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo, data _____ Firma _____

Il modulo suddetto potrà essere:

- consegnato a mano presso l'ufficio protocollo o presso lo sportello URP;
- inviato tramite posta all'indirizzo Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 - 31100 Treviso;
- inviato tramite e-mail alla casella protocollo@aulss2.veneto.it oppure alla casella ufficioprivacy@aulss2.veneto.it;
- inviato tramite PEC alla casella protocollo.aulss2@pecveneto.it.