

ORTHOPAEDIC&TRAUMATOLOGY SECOND OPINION

LIBERATORIA DEL PAZIENTE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Io sottoscritto _____

(Nome e Cognome)

Dichiaro

di aver inoltrato una richiesta al **O&T Second Opinion Service**, affinché il Dr Perrone Vinicio ed eventuali altri medici da lui individuati effettuino un consulto a distanza sulla base della documentazione clinica da me inviata. **Il medico o i medici saranno in grado di formulare le loro conclusioni solo esclusivamente sulla base delle informazioni cliniche fornite dal sottoscritto.**

I medici O&T Second Opinion non hanno alcuna responsabilità sulla accuratezza e/o completezza delle informazioni e su eventuali errori nella trasmissione delle stesse.

Sono inoltre consapevole che:

-il consulto a distanza non è sostitutivo della visita effettuata dal medico specialista alla presenza del Paziente;

-la mancanza della visita limita la possibilità per il medico di ottenere informazioni complete sulle condizioni cliniche del Paziente;

-le indicazioni cliniche fornite con il consulto a distanza si basano esclusivamente sulle informazioni rese disponibili al medico.

Autorizzo

il mio medico di riferimento e qualsiasi altra persona o entità al rilascio ai medici **O&T Second Opinion** di qualunque informazione relativa al mio stato di salute, compresi la storia clinica, attuali disturbi, esami diagnostici e di laboratorio. O&T Second Opinion è così autorizzato a ottenere qualsiasi referto o informazioni necessari.

Data _____

Firma del paziente o del Rappresentante Legale _____

**L'invio della RICHIESTA ORTHOPAEDIC&TRAUMATOLOGY SECOND OPINION
rappresenta esplicita autorizzazione di quanto sopra e ne fa parte integrante.**