

## Svincolo dal segreto medico

*Gentile residente*

*Entrando nella nostra casa per anziani (o nel suo reparto ad alto contenuto sanitario) lei beneficia di cure mediche sicure ed efficaci, garantite da diverse figure professionali che lavorano in team. Questo team curante registra il suo lavoro nella cartella sanitaria, un "diario" nel quale troviamo le informazioni sul suo stato di salute, utili per curarla bene. Di notte e nei giorni festivi capita che intervenga, al bisogno, un **medico di picchetto**: anch'egli avrà accesso a queste informazioni, così come il medico **direttore sanitario** che coordina e vigila sulle cure.*

*Potrebbe anche succedere che necessitiamo di informazioni ottenibili in ospedali o presso altri medici, che si sono occupati di lei **in passato**. Inoltre, se lei torna a casa o necessita di un ricovero in ospedale, è importante che il medico al quale lei si rivolgerà **in futuro** ottenga da noi le informazioni utili e necessarie per garantire la continuità delle cure.*

*Con questo foglio di svincolo lei consente a questi medici – o ai loro collaboratori – d'informarsi reciprocamente affinché le cure siano sicure ed efficaci. Riteniamo importante che lei capisca il senso di questo svincolo e che ci dia il suo consenso o istruzioni diverse.*

*Tutto il team curante è comunque tenuto al rispetto del segreto medico nei confronti di terzi non coinvolti nelle cure, anche nei confronti di parenti, se lo desidera.*

*Restiamo a sua completa disposizione per qualsiasi domanda al proposito.*

*Il direttore sanitario, **dott. James Peter**.*

Nome		Data di nascita	
Cognome		Domicilio	

**Dichiaro di aver letto e compreso le regole di accesso e di gestione delle informazioni sul mio stato di salute, che trovano il mio consenso.**

**Svincolo i medici che si sono occupati della mia salute – all'ospedale come in studio medico – dal segreto professionale nei confronti del team curante di questa casa per anziani, affinché siano trasmesse le informazioni utili e necessarie a curarmi bene. Svincolo parimenti i medici di questa casa ad informare adeguatamente futuri medici (ospedalieri o ambulatoriali) che si occuperanno altrove di me. Questo svincolo ha validità fino alla sua revoca.**

**In fede,**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_