

Consenso alla divulgazione di informazioni a terzi

Paziente Data di nascita.....

Indirizzo Numero di telefono

Motivo del trattamento E-mail

Nome dell'ergoterapista.....

È in trattamento ergoterapico presso di noi. Oppure è partner del/della paziente o genitore del bambino in trattamento ergoterapico presso di noi.

In qualità di esercenti di una professione sanitaria legalmente riconosciuta, siamo tenuti all'obbligo di riservatezza.

Per un trattamento del paziente buono e coordinato, la consultazione delle diverse parti coinvolte è proficua e necessaria. Per poterci confrontare con altre persone o gruppi professionali riguardo al trattamento dei nostri pazienti, ci occorre il suo consenso.

Le consultazioni riguardano esclusivamente i contenuti necessari al raggiungimento degli obiettivi della terapia. Si garantisce pertanto un trattamento discreto e rispettoso. In presenza di una modalità di comunicazione digitale, di norma utilizziamo la modalità protetta con la piattaforma HIN.

Con il presente formulario ci esonera dall'obbligo di riservatezza esclusivamente nei confronti delle persone o gruppi professionali seguenti:

Gruppo professionale	Nome	Numero di telefono	E-mail (ove presente)
Medico			
Psichiatra			
Personale sanitario			
Datore di lavoro			
Servizio sociale			
Altri professionisti			
Congiunti o persone di supporto del contesto del/della paziente			
Docenti			
Altri terapeuti: Psicomotricità Logopedia Fisioterapia			
Servizio psicologico scolastico			
Psichiatra infantile			

Luogo, data Firma