

CLI.FI.COL. - HCDC

Consenso informato (modello)

Il presente consenso deve essere mantenuto dal medico per permettere la verifica da parte delle autorità competenti.

Nome completo del Paziente:

Carta di identità:

Per i bambini:

- Nome completo della persona legalmente autorizzata:

- Grado di parentela o legame con il bambino:

Per gli animali:

Nome completo del proprietario:

Acconsento che i miei dati clinici, memorizzati nella cartella clinica, possano essere incorporati nella banca dati internazionale CLI.FI.COL. - Homoeopathic Clinical Data Collection – progetto HCDC con lo scopo di ricerca clinica. Questa autorizzazione è valida solamente se i dati trasmessi verranno criptati e i dati saranno raccolti in modalità anonima.

Acconsento che i dati clinici dei miei figli o minori di cui io sono il legale autorizzato, memorizzati nella cartella clinica, possano essere incorporati nella banca dati internazionale CLI.FI.COL. - Homoeopathic Clinical Data Collection – progetto HCDC con lo scopo di ricerca clinica. Questa autorizzazione è valida solamente se i dati trasmessi verranno criptati e i dati saranno raccolti in modalità anonima.

Acconsento che i dati clinici dei miei animali, memorizzati nella cartella clinica, possano essere incorporati nella banca dati internazionale CLI.FI.COL. - Homoeopathic Clinical Data Collection – progetto HCDC con lo scopo di ricerca clinica. Questa autorizzazione è valida solamente se i dati trasmessi, verranno criptati e i dati saranno raccolti in modalità anonima.

Data :

Firma :