



Scheda Accettazione del : OPERATORE:
Numero Accettazione Bar Code
Identificativo web
Codice Paziente Tessera Paziente
Cognome Nome
Data di Nascita Sesso

Il referto potrà essere ritirato a partire dal giorno ____ Secondo gli orari riportati nel sito www.jacaroni.it, in base alla sede
Scarica il tuo referto collegandoti al sito <https://online.jacaroni.it>, oppure utilizza la app dal tuo cellulare
.....

INFORMATIVA CONTRATTUALE E AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE RICHIESTE

Il/La sottoscritto/a

C.F. _____ Nato a _____ il _____

PER CONTO PROPRIO

E/O ESERCITANDO LA TUTELA LEGALE SULL'ASSISTITO _____
NATO A _____ IL _____ E RESIDENTE IN _____, VIA _____ CF _____

Avendo letto e compreso, in lingua italiana a me inequivocabilmente comprensibile, le informazioni contrattuali presenti sul sito web www.jacaroni.org/docs e rese disponibili su supporto cartaceo al Front Office, relative a :

- Diritti del Paziente
- Preparazione di esami e raccolta di campioni biologici
- Consenso informato specifico (richiesto per l'esecuzione di alcuni esami o procedure)
- Rischi connessi alle prestazioni sanitarie
- Tempistiche di refertazione

AUTORIZZO

La Struttura Sanitaria Jacaroni Centro Diagnostico srl e il personale medico e paramedico in essa operante ad eseguire in data odierna le prestazioni sanitarie da me richieste ed ogni altra prestazione, necessaria per risolvere il quesito diagnostico, che eventualmente accorderò a voce col personale di Struttura. Inoltre comunico che avrò la facoltà di autorizzare verbalmente ed autonomamente eventuali accompagnatori ad assistere alle prestazioni da me richieste esonerando da ogni responsabilità la Struttura sanitaria essendo consapevole che potranno essere comunicati anche stati patologici riguardanti la mia salute.

Terni, li' _____ Firma (per esteso e leggibile)

ELENCO ESAMI ACCETTATI

DELEGA AL RITIRO

Il suddetto delega al ritiro degli esiti relativi agli esami clinici e diagnostici da me richiesti ed effettuati presso questo Centro Diagnostico il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____, il _____, e residente a _____, in _____

N.B. Si prega di allegare fotocopia del documento d'identità del delegato

Terni, li' _____

Il paziente _____ Il delegato _____

Note: SENZA LA PRESENTAZIONE DI TALE DELEGA I REFERTI NON POTRANNO ESSERE CONSEGNATI. TALI REFERTI INOLTRE VERRANNO CONSEGNATI CON SIGILLI PRIVACY AL FINE DI GARANTIRE LA PRIVACY DEL RICHIEDENTE.