

**LIBERATORIA DEL PAZIENTE PER LA RICHIESTA DEL SERVIZIO DI VISITA SPECIALISTICA A DISTANZA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di aver trasmesso una richiesta ai clinici della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli relativa al Servizio di Visita Specialistica a distanza, affinché possano effettuare un consulto a distanza con l'utilizzo delle tecnologie digitali, sulla base della documentazione clinica da me (o da mio rappresentante) inviata.

I clinici della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, dopo aver visionato la documentazione inviata, possono riservarsi di non erogare la Visita Specialistica a distanza per quelle prestazioni che, secondo indicazioni mediche, rendano necessaria una specifica visita medica specialistica o comunque tutte quelle che siano considerate non erogabili in tale regime.

Il clinico che effettua la visita a distanza è responsabile della prestazione resa, nei limiti in cui il contenuto di tale prestazione è determinato dalle caratteristiche di erogazione dello stesso, compresa la qualità dei dati ricevuti e disponibili e della trasmissione digitale al momento della visita stessa.

Sono consapevole che:

- Il consulto a distanza non è sostitutivo della visita effettuata dal clinico specialista alla presenza del paziente;
- La mancanza della visita in presenza limita la possibilità per il clinico di ottenere altre informazioni che completano il quadro clinico del paziente;
- Nella circostanza di un intervento immediato in caso di urgenza non è possibile intervenire viste le condizioni della visita a distanza.

La Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli non ha alcuna responsabilità sull'accuratezza e/o completezza delle informazioni e su eventuali errori nella trasmissione della stessa.

Firma del paziente (o suo rappresentante)

\_\_\_\_\_