

Consenso informato e privacy – Adatto

Studio The Organism – Via De Rosa 46, Pagani (SA) – Dott. Giuseppe Ferraioli

Email: dr.ferraioligiuseppe@gmail.com • Tel: 0815152334

Dati del paziente

Nome e cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): _____

Codice fiscale: _____

Indirizzo (via e n.): _____

Città: _____

CAP: _____

Email: _____

Telefono: _____

Tipo di prestazione / motivazione di accesso

Selezionare le voci pertinenti (anche multiple):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione neuropsicologica | <input type="checkbox"/> Psicoterapia individuale |
| <input type="checkbox"/> Parent training / sostegno genitoriale | <input type="checkbox"/> FSC / intervento neurosensoriale |
| <input type="checkbox"/> Valutazione optometrica/comportamentale | <input type="checkbox"/> Visual training |
| <input type="checkbox"/> Stimolazione uditiva (Tomatis/MAPS/Bear) | <input type="checkbox"/> Integrazione sensoriale / sensori-motoria |
| <input type="checkbox"/> Riflessi primitivi / INPP / movimenti ritmici | <input type="checkbox"/> Terapia miofunzionale |
| <input type="checkbox"/> Stimolazione multisensoriale (stanza del sale) | <input type="checkbox"/> Terapia online |
| <input type="checkbox"/> Follow-up / controllo | <input type="checkbox"/> Altro (specificare sotto) |

Altro (specificare): _____

Consensi essenziali

Dichiaro/dichiariamo di aver ricevuto e compreso l'informativa completa (pagine successive) e presto/prestiamo:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Trattamento dei dati personali per finalità di cura e gestione prestazione | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2) Trattamento di categorie particolari di dati (dati relativi alla salute) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3) Invio spesa sanitaria al Sistema Tessera Sanitaria (STS), salvo opposizione | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4) Comunicazioni non essenziali / marketing (facoltativo) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5) Piattaforme terze (es. Klaviyo) per comunicazioni/marketing – solo se consenti | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Firma

Luogo: _____ Data: _____

Firma del paziente: _____

Nota: Il presente foglio è parte integrante del documento completo riportato nelle pagine successive.

Consenso informato e privacy – Adul

Compila il consenso informato alla prestazione psicologica e per il trattamento dei dati personali (GDPR).

* Indica una domanda obbligatoria

1. Email *

Dati anagrafici (adulto)

2. Nome e cognome *

3. Luogo di nascita *

4. Data di nascita *

Esempio: 7 gennaio 2019

5. Via e numero *

6. Città *

7. CAP *

Es. 80100

8. Codice fiscale *

Suggerimento: copialo dalla Tessera Sanitaria.

9. Email di contatto *

10. Numero di telefono *

Usa solo numeri, +, spazi, -, () .

Informazioni sulla prestazione

11. Tipo di prestazione *

Contrassegna solo un ovale.

- FSC – Facilitazione Psicomotoria
- Valutazione neuropsicologica
- Psicoterapia individuale
- Parent training
- Logopedia
- Valutazione optometrica/comportamentale
- Follow-up/controllo
- Stimolazione multisensoriale
- Stimolazione multisensoriale (stanza del sale)
- Terapia online
- Terapia miofunzionale
- Costellazioni familiari
- Visita Oculistica/esame oggettivo

12. Frequenza/organizzazione incontri (settimanali/periodici)

13. Interruzione del rapporto *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Sono informato/a che posso interrompere la prestazione in qualsiasi momento e che il professionista può proporre l'interruzione se non sussistono benefici (art. 27 C.D.).

14. Gestione appuntamenti *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Sono informato/a sull'obbligo di comunicare con congruo anticipo eventuali impossibilità a rispettare gli appuntamenti.

Copertura assicurativa

Copertura assicurativa: Polizza RC professionale ALLIANZ S.p.A. n. 475840

Informativa GDPR (presa visione)

Dati trattati: anagrafici, contatto, pagamento; dati relativi allo stato di salute (artt. 9–10 GDPR; art. 2-septies D.Lgs. 101/2018). Base giuridica: consenso informato; modalità: misure di sicurezza adeguate; conservazione: 10 anni anagrafici/contabili; sanitari almeno 5 anni; comunicazioni: solo ove previsto o con consenso; STS: salvo opposizione; diritti artt. 15–22 GDPR.

15. Presa visione informativa GDPR *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Consensi privacy

16. Consenso al trattamento dei dati personali *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Fornisce il consenso

17. Consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Fornisce il consenso

18. Sistema Tessera Sanitaria (STS) – invio spesa sanitaria *

Contrassegna solo un ovale.

- Non fornisce il consenso
 Fornisce il consenso

19. Comunicazioni informative/marketing (eventi, materiali divulgativi) *

Contrassegna solo un ovale.

- Non fornisce il consenso
 Fornisce il consenso

20. Audio/Video a scopo terapeutico e/o didattico *

Contrassegna solo un ovale.

- Non fornisce il consenso
 Fornisce il consenso

Preferenze canali marketing**21. Canali autorizzati ***

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Email
 Telefono
 WhatsApp
 SMS
 Newsletter

22. Note/preferenze (fasce orarie, frequenza comunicazioni)

Riepilogo e conferma**23. Conferma rilettura ***

Seleziona tutte le voci applicabili.

Confermo di aver rivisto e verificato la correttezza delle informazioni inserite.

Dichiarazioni finali**24. Data ***

Esempio: 7 gennaio 2019

25. Luogo *

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli