

**MODULO PER LA RICHIESTA DI OSCURAMENTO DEI DATI**

Ferma restando l'indubbia utilità di un dossier sanitario il più possibile completo,

*il dossier, infatti, è uno strumento importante al fine di potere offrire una migliore prestazione sanitaria, in quanto una conoscenza approfondita della storia clinica del paziente giova ad una più efficace ricognizione degli elementi utili alle valutazioni del singolo caso clinico,*

il Titolare del trattamento dei dati, Casa di Cura Madonna della Salute S.r.l., garantisce la possibilità per l'interessato di non far confluire in esso alcune informazioni sanitarie.

**RICHIESTA DI OSCURAMENTO DEI DATI CONTENUTI NEL  
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

essendo consapevole:

- di aver espresso il consenso al trattamento dei miei dati da parte della Casa di Cura Madonna della Salute S.r.l.;
- di aver espresso il consenso alla creazione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) e all'implementazione dello stesso con i dati clinici pregressi;
- che con la procedura di oscuramento i referti/episodi indicati non saranno più consultabili attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico e pertanto i sanitari non avranno la possibilità di visionarli, nemmeno in caso di emergenza/urgenza;
- che l'oscuramento richiesto potrebbe incidere sull'efficacia delle cure prestate;
- che i referti/episodi indicati restano comunque disponibili al professionista sanitario o alla struttura interna al titolare che li ha raccolti o elaborati (ad es., referto accessibile tramite dossier da parte del professionista, che lo ha redatto, cartella clinica accessibile da parte del reparto di ricovero);
- e che la documentazione clinica relativa all'evento oscurato deve essere comunque conservata dal Titolare del trattamento in conformità a quanto previsto dalla normativa di settore

CHIEDO

l'oscuramento all'interno del Dossier Sanitario Elettronico del seguente referto/episodio di cura:

---

---

---

---

---

Firma dell'Interessato/Legale rappresentante \_\_\_\_\_

\*L'interessato può, in ogni momento, revocare la decisione di oscurare un determinato evento clinico, presentando domanda scritta.

\*\*L'interessato può chiedere la copia del modulo per la richiesta di oscuramento dei dati contenuti nel Dossier Sanitario Elettronico sottoscritta.