

Elektronische Gesundheitsakte (EGA)

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

EINVERSTÄNDNIS ZUR KONSULTATION

CONSENSO ALLA CONSULTAZIONE

Gemäß dem Notverordnungs-Gesetzesdekret Nr. 179/2012, umgewandelt mit Änderungen durch das Gesetz Nr. 221/2012, wie abgeändert durch das Notverordnungs-Gesetzesdekret Nr. 34/2020, wurde Ihre EGA aktiviert, welche laut Gesetz **seit dem 19.05.2020 automatisch** durch die Sie betreuenden medizinischen Einrichtungen/Fachkräfte mit Ihren Daten und medizinischen Dokumenten gespeist wird, welche digital generiert wurden und sich auf Sie betreffende klinische Ereignisse beziehen (z.B. die Ergebnisse von Blutuntersuchungen und die digitalisierten Verschreibungen von Medikamenten).

Die EGA ist folglich ein Hilfsmittel, welches es Ihnen ermöglicht, Ihre Daten und medizinischen Dokumente für die Zielsetzung der Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation online immer und überall im digitalen Format zur Verfügung zu haben.

Um die EGA für das medizinische Fachpersonal, welches Sie im Rahmen Ihrer Behandlung betreut, zugänglich zu machen, ist es notwendig, dass Sie das **Einverständnis zur Konsultation** erteilen. Durch die Erteilung dieses Einverständnisses erlauben Sie dem medizinischem Fachpersonal des nationalen Gesundheitsdienstes und der auf Landesebene tätigen sanitären Dienste (z.B. Ärzte/Ärztinnen des Sanitätsbetriebes, Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin, Kinderärzte/Kinderärztinnen freier Wahl usw.), sowie allen Ausübenden von medizinischen Berufen, welche in Ihrer Behandlung intervenieren, auch Ihre medizinischen und sozio-sanitären Daten und Dokumente zu konsultieren, welche mittels der EGA sichtbar sind. Bei Nichtvorhandensein Ihres ausdrücklichen Einverständnisses zur Konsultation ist Ihre EGA für die Zielsetzung der Behandlung nur für Sie und dem medizinischen Fachpersonal, welches die einzelnen Daten und Dokumente generiert hat, zugänglich. Die mittels Ihrer EGA wiedergewinnbaren Daten und Dokumente können hingegen, unter Berücksichtigung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, für die Zielsetzung der wissenschaftlichen Forschung und Steuerung, aber ausschließlich ohne Ihre direkten Identifikationsdaten, verwendet werden.

Das fehlende Einverständnis zur Konsultation Ihrer EGA hat keine Auswirkungen auf die Erbringung der Gesundheitsleistungen.

In Anbetracht dessen erklärt

die/der Unterfertigte (Vor- und Familienname) _____, geboren am _____ in _____, Steuernummer _____,

für sich selbst;

in ihrer/seiner Eigenschaft als Ausübende/Ausübender der elterlichen Verantwortung über den minderjährigen Sohn/die minderjährige Tochter (Vor- und Familienname) _____, geboren am _____ in _____, Steuernummer _____;

in ihrer/seiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter (Vormund, rechtlicher Betreuer, Sachwalter) von _____ (Vor- und Familienname), geboren am _____ in _____, Steuernummer _____, Rolle, welche ihr/ihm auf der Grundlage der von der zuständigen Behörde _____ mit Sitz in _____ erlassenen

Ai sensi dell'art. 12 del decreto legge n. 179/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 221/2012, così come modificato dal decreto legge n. 34/2020, è stato attivato il Suo FSE che, **dal 19.05.2020**, viene alimentato **per legge automaticamente** da parte degli strutture sanitarie/esercenti le prestazioni sanitarie con i Suoi dati e documenti sanitari generati digitalmente relativi ad eventi clinici che La riguardano (p.es. i risultati degli esami del sangue e le ricette farmaceutiche de-materializzate).

IL FSE è dunque uno strumento che Le permette di avere a disposizione online in formato digitale sempre e ovunque i Suoi dati e documenti sanitari e sociosanitari per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Per rendere il Suo FSE accessibile agli esercenti le professioni sanitarie che la assistono nel Suo percorso di cura, è necessario che Lei fornisca il **consenso alla consultazione**. Esprimendo tale consenso, Lei permetterà la consultazione dei Suoi dati e documenti sanitari che sono visualizzabili tramite il FSE ai professionisti sanitari del Servizio Sanitario nazionale e dei servizi sanitari provinciali (p.es. medici dell'Azienda sanitaria, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta ecc.) nonché a tutti gli esercenti le professioni sanitarie che interverranno nel Suo percorso di cura.

In caso di mancato Suo espresso consenso alla consultazione, il Suo FSE sarà accessibile, per finalità di cura, solamente a Lei e a chi ha prodotto i singoli dati e documenti. I dati e i documenti recuperabili tramite il Suo FSE, potranno essere invece utilizzati per fini di ricerca scientifica e di governo, ma esclusivamente se privi dei Suoi dati identificativi diretti, nel rispetto del quadro normativo vigente.

Il mancato consenso alla consultazione del Suo FSE non comporta conseguenze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Ciò considerato,

la sottoscritta/il sottoscritto (nome e cognome) _____, nata/o il _____ a _____, codice fiscale _____, dichiara

per sé stessa/o;

nella Sua qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul figlio/sulla figlia minore (nome e cognome) _____, nato/a il _____ a _____, codice fiscale _____;

nella Sua qualità di legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno) di _____ (nome e cognome), nato/a il _____ a _____, codice fiscale _____, ruolo attribuito/attribuitogli in base al provvedimento n. _____, rilasciato in data _____ dalla competente autorità _____, con sede a _____;

Maßnahme Nr. _____, welche am _____
ausgestellt wurde, zugesprochen wurde;

vollkommen bewusst der strafrechtlichen Folgen im Falle unwahrer Erklärungen und Falschbescheinigungen, gemäß dem Strafgesetzbuch und den einschlägigen Sondergesetzen (Art. 76 des D.P.R. Nr. 445/2000),

pienamente consapevole delle conseguenze penali derivanti da attestazioni e dichiarazioni mendaci ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del DPR n. 445/2000),

im Bewusstsein, dass

consapevole che

- die Verarbeitung insbesondere medizinische Daten und Dokumente betrifft,
- das Einverständnis, wenn es einmal erteilt wurde, jederzeit innerhalb des Online-Dienstes „EGA“ (<https://fsse.civis.bz.it/fse>) abgeändert oder widerrufen werden kann,
- sie/er jederzeit entscheiden kann, die in ihrer/seiner EGA bzw. in der EGA der von ihr/ihm vertretenen Person zur Verfügung gestellten Dokumente zu verdunkeln, wobei die verdunkelten Dokumente immer für sie/ihn und dem Subjekt, welches die Dokumente generiert hat, sichtbar sein werden,
- dieses Einverständnis zur Datenverarbeitung dauerhafte Gültigkeit hat, sofern es nicht widerrufen und/oder abgeändert wird,
- im Falle eines Minderjährigen das obgenannte Einverständnis bis zum Erreichen der Volljährigkeit gültig ist. Gemäß der Art. 13 der Verordnung EU 2016/679 und 7 des DPMR Nr. 178/2015 muss dann von der interessierten Person, welche volljährig geworden ist, das Einverständnis, anstelle des zuvor von der Person, welche die elterliche Verantwortung ausgeübt hat, geäußerten Einverständnisses, neu geäußert werden,

- il trattamento riguarda in particolare dati e documenti sanitari,
- il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato in qualsiasi momento tramite il servizio online FSE (<https://fsse.civis.bz.it/fse>),
- potrà decidere di oscurare in qualsiasi momento i documenti disponibili nel Suo FSE/nel FSE della persona rappresentata, fermo restando che i documenti oscurati saranno sempre visibili a Lei e al soggetto che li ha generati,
- il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica,
- nell'eventualità di soggetto interessato minorenne, il suddetto consenso è valido fino al raggiungimento della sua maggiore età, e, in conformità agli artt. 13 del Regolamento UE 2016/679 e 7 del DPCM n. 178/2015, dovrà essere manifestato nuovamente dall'interessato divenuto maggiorenne in sostituzione del consenso quivi manifestato da colui che esercita la responsabilità genitoriale,

**DER KONSULTIERUNG DER ELEKTRONISCHEN
GESUNDHEITSAKTE VON SEITEN DER AUTORISIERTEN
MEDIZINISCHEN FACHKRÄFTE**

ZUZUSTIMMTEN.

NICHT ZUZUSTIMMEN.

DI ACCONSENTIRE

DI NON ACCONSENTIRE

**ALLA CONSULTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO
ELETTRONICO DA PARTE DEI PROFESSIONISTI SANITARI
AUTORIZZATI.**

Im Fall, dass dieses Formular durch eine dritte Person eingereicht wird, muss die beauftragte Person, ausgestattet mit einem eigenen Ausweisdokument, mit einer Delegation und einer beidseitigen Fotokopie eines gültigen Erkennungsausweises der delegierenden Person vorstellig werden.

In caso di consegna da parte di terzi del presente modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Unterschrift _____

Firma _____

Datum _____

Data _____