


| | | |
|--|---|------------------------------------|
|  | Condivisione immagini di diagnostica dentale con il proprio medico | Mod.05.275 |
| | | Rev. 1 Aggiornato al 27/06/2022 |
| | | Pag. 1 di 1 |

COGNOME _____, NOME _____
N. ESAME _____

Il/La sottoscritto/a _____
(eventualmente) in qualità di _____ (es. genitore, tutore, amministratore di sostegno)
di _____, giusta autocertificazione¹ allegata,



chiede l'invio tramite portale myDentalShare delle immagini di diagnostica dentale relative all'esame
n. _____ del ___ / ___ / ___ al proprio medico odontoiatra Dott. _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che immagini diagnostiche verranno inviate al professionista odontoiatra su indicato per permettere a quest'ultimo di effettuare le necessarie valutazioni per poter programmare al meglio la prestazione odontoiatrica ed effettuare delle misurazioni specifiche che non vengono riportate nel referto radiologico. Il referto relativo alle immagini inviate non verrà consegnato al professionista odontoiatra, ma solamente al paziente contestualmente al ritiro dell'intero esame radiologico. Si ricorda che in assenza del referto il professionista odontoiatra non è autorizzato ad eseguire la prestazione odontoiatrica sulla base delle sole immagini e pertanto il/la sottoscritto/a dichiara di esonerare Alliance Medical Diagnostic s.r.l. a Socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia s.r.l., da ogni eventuale responsabilità per danni subiti a seguito di una prestazione eseguita sulla base delle sole immagini.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare i possibili rischi correlati all'invio effettuato con le suddette modalità (quali, a titolo esemplificativo, perdita, intercettazione o ritardata consegna).

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di esonerare Alliance Medical Diagnostic s.r.l. a Socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia s.r.l., da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, intercettazione, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme in materia di protezione dei dati personali e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite le suddette modalità delle immagini.

_____, Li ___ / ___ / ___ **Firma** _____

| | |
|---|--|
| Questo modulo (Condivisione immagini di diagnostica dentale con il proprio medico) può essere scaricato qui: https://www.alliancemedical.it/modulistica (selezionare il Centro di riferimento) | L'Autocertificazione può essere scaricata qui: |
|  |  |

¹ È possibile scaricare l'Autocertificazione utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.