

**Spett. Carestream Health Italia Palazzina S. Lorenzo – Via al Porto Antico, 6- 16128 GENOVA
SERVIZI DI ASSISTENZA TECNICA FAX 010 2450001**

Richiesta e Autorizzazione alla modifica database paziente/immagini Sistema PACS/RIS Carestream Health

Il sottoscritto _____ incaricato del servizio di _____

Dell'Azienda Sanitaria _____ Di _____

richiede ed autorizza espressamente il personale tecnico di Carestream Health Italia S.r.l. ad eseguire la seguente modifica:

Modifica Anagrafica Paziente	Inserimento/Modifica Acc. Number esame	Assegnazione Esame a paziente diverso	Cancellazione Immagini/Esame	Cancellazione Referto

**MODIFICA ANAGRAFICA PAZIENTE
INSERIMENTO / MODIFICA ACCESSION NUMBER ESAME**

	Dati errati	Dati corretti
Id paziente		
Nome		
Cognome		
Data di nascita		
Sesso		
Data esame		
Accession Nr.		

**ASSEGNAZIONE IMMAGINI/ESAME A PAZIENTE DIVERSO
CANCELLAZIONE IMMAGINI/ESAME**

	Paziente sorgente - Dati da cancellare	Paziente Destinatario
Id paziente		
Nome		
Cognome		
Data di nascita		
Sesso		
Data esame		
Accession Nr.		
Tipo esame		
Nr° Serie		
Nr° Immagine		

Data ____/____/____ Firma del Richiedente _____

Il sottoscritto _____ incaricato della conservazione dei dati sensibili sopra indicati dichiara e garantisce espressamente a Carestream Health Italia S.r.l. che sono state adempiute tutte le prescrizioni richieste ai fini del trattamento dei predetti dati a norma del D. Lgs. 196/2003 e, in particolare, ai fini dell'esecuzione della modificazione sopra richiesta.

Il sottoscritto _____ dichiara altresì che l'attività sopra descritta sarà svolta da Carestream Health Italia S.r.l. in nome e per conto dell'Ospedale/Azienda Sanitaria _____, sulla base delle specifiche indicazioni sopra riportate e con il controllo dello scrivente, con conseguente esclusione di qualsivoglia responsabilità, diretta o indiretta, derivante o connessa con l'esecuzione della predetta attività e/o con l'accettazione del presente incarico da parte di Carestream Health Italia S.r.l. che ne sarà a tal fine tenuta manlevata ed indenne da parte dell'Ospedale/Azienda Sanitaria _____

Firma Incaricato _____

Timbro

Il richiedente conferma che la modifica è avvenuta nel modo richiesto

Data ____/____/____ Firma del Richiedente _____