



Adressaufkleber

wird am Anmeldeschalter aufgeklebt

# Consentimento informado

## Informação sobre proteção de dados e declaração de consentimento

Os seus dados médicos estão protegidos pela lei de proteção de dados. No Instituto Radiológico Médico (MRI), estes dizem principalmente respeito a imagens e relatórios relativos a tais imagens. Com a sua assinatura, confirma que concorda com o respetivo tratamento nos termos da nossa política de privacidade (acessível em <https://mri-roentgen.ch/privacy-policy/> ou através do código QR à direita).



Concorda, em particular, com o seguinte tratamento:

- Confirmando que o MRI está autorizado, até revogação, a solicitar exames preliminares e relatórios sobre mim, bem como a encaminhar, a pedido, os meus exames e relatórios às/aos médicas/médicos e hospitais que venham a tratar futuramente de mim.
- Declaro que concordo que os dados necessários para a avaliação da obrigação de serviço e faturação sejam encaminhados para o meu seguro de saúde. Em caso de eventuais questões jurídicas, poderá ser necessário recorrer a um advogado, o qual também estará sujeito à obrigação de confidencialidade.
- Declaro que concordo que o MRI me envie informações pessoais para o meu e-mail pessoal ou, por SMS, para o meu telemóvel, de forma não encriptada. O meu endereço de e-mail e o meu número de telemóvel impressos acima, à direita, estão corretos.
- O tratamento, acordos e todos os vínculos jurídicos entre doente, médico e MRI regem-se exclusivamente pelo direito da Lei Suíça, excluindo os possíveis conflitos de leis. O Tribunal Ordinário de Zurique tem competência exclusiva.

Local, data:

Assinatura da/o paciente:

## Consentimento para utilização de dados pessoais relativos à saúde para fins de investigação

A investigação dá um contributo significativo para a melhoria da qualidade médica e, simultaneamente, para o tratamento médico futuro. Com a minha assinatura:

- Aceito que os dados pessoais relativos à minha saúde, resultantes de um tratamento médico ou que existam de outro modo, sejam utilizados para fins de investigação mediante o cumprimento rigoroso da confidencialidade;
- Reconheço que o meu consentimento é voluntário e que o posso rejeitar ou revogar em qualquer altura sem justificação;
- Reconheço que os meus dados podem ser utilizados para investigação e que são protegidos através de medidas operacionais, técnicas e organizacionais. Velaremos por que o menor número possível de pessoas tenha acesso à sua identificação pessoal (nome, endereço, data de nascimento, etc.). Para tal, iremos encriptar os seus dados. Isto significa que os dados que o/a podem identificar serão substituídos por um código. Só poderá ser identificado/a pelas pessoas com acesso à lista de códigos. Se encaminharmos os seus dados para terceiros para fins de investigação, estes dados serão sempre encriptados ou anonimizados, ou seja, em momento algum terceiros terão acesso à sua identidade.

Aceito que os meus dados sejam utilizados para fins de investigação:  Sim  Não

Local, data:

Assinatura da/o paciente:

