



INS

Istituto di Neuroscienze

CONDIZIONI D'USO DEI SERVIZI

Si prega di leggere attentamente le presenti Condizioni d'Uso prima di accedere a qualsiasi visita e servizio, di persona o online. Accedendo o utilizzando i nostri servizi, l'utente accetta di essere vincolato da questi termini e la nostra politica sulla privacy. E' possibile utilizzare i nostri servizi solo dopo aver capito e acconsentito a questi termini.

- i Signori Pazienti sono invitati a fornire i dati richiesti, necessari per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.
- è necessario, qualora si verificasse un caso di urgenza, rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso o 118.
- restituiamo solo ed esclusivamente i risultati degli interventi e dei tests diagnostici e valutativi e non restituisce il proprio "materiale di lavoro" compilato dai pazienti, ai sensi dell'art. 25 del codice deontologico degli psicologi.
- è fondamentale che sia chiaro tutto **ciò che viene prescritto** sia per il paziente che per il medico di medicina generale ed il farmacista a cui verrà mostrata la documentazione (posologia di assunzione del farmaco, nome del farmaco, modifica di eventuali terapie)
- l'aderenza al trattamento suggerito è condizione necessaria all'ottenimento di un risultato.
- Durante il percorso di cura, qualora il quadro clinico lo richieda, potranno essere effettuate cure off-label in accordo con le più recenti linee guida internazionali e con le più recenti evidenze scientifiche.
- incostanza del consenso equivale al non consenso alla cura. La cura deve essere fatta in maniera costante.
- le terapie hanno validità 2 mesi; pertanto, per garantire la continuità della presa in carico di un paziente, i controlli devono essere fissati entro questo lasso di tempo (salvo diversa indicazione del medico).
- per ridurre il rischio di ricadute è responsabilità dei pazienti fissare periodicamente visite di controllo e follow-up delle terapie. In genere più controlli si fanno, meno rischi di ricadute ci sono.
- la comparsa degli effetti terapeutici varia da persona a persona. In alcuni casi si osserva il miglioramento dopo poche settimane ma a volte anche dopo tanti mesi. Generalmente il tempo di comparsa dei miglioramenti è inversamente proporzionale alla durata del disturbo; più tardi si iniziano le terapie, più tempo ci vorrà per vedere dei risultati
- l'accesso a tutti i servizi offerti dall'Istituto può avvenire esclusivamente previo appuntamento e durante l'orario di apertura; tutti i servizi sono a pagamento.
- e' necessario che l'utilizzo finale delle valutazioni (clinico, assicurativo, forense, per certificazioni) venga reso noto al momento della prenotazione.
- la permanenza all'interno dell'Istituto è da limitarsi ai soli orari dell'appuntamento

- i danni eventualmente arrecati a locali, oggetti ed apparecchiature devono essere rifusi
- Il trattamento con le terapie di neuromodulazione richiede la collaborazione del paziente senza la quale non è possibile effettuare il trattamento
- un eventuale Piano Terapeutico non può essere prodotto dal Centro di Neurologia, Psichiatria e Psicologia s.r.l. in quanto può essere rilasciato esclusivamente da una struttura pubblica.
- le comunicazioni inviate tramite e-mail e Facebook vengono controllate periodicamente; questo implica che la risposta non sia immediata.
- il paziente deve informarsi in modo esauriente sulla terapia che è viene proposta e deve decidere se proseguire o no. E' da evitare in modo assoluto di sottoporsi alle nostre terapie e servizi se non si è d'accordo o non si è convinti dei benefici o se si dubita della buona, onesta e sincera intenzione del nostro operato.
- Continuare a usare i nostri servizi significa essere stato informato ed aver capito i benefici e i rischi degli stessi ed acconsentito in maniera piena e esauriente a sottoporsi agli stessi.
- in ottemperanza al codice per la protezione dei dati personali (Dec. Leg. 196 del 30/06/2003) non possiamo rispondere a domande o richieste dei genitori / familiari / caregivers di pazienti maggiorenni senza che questi ultimi rilascino una liberatoria per ogni richiesta.
- La consegna del referto (dei test e di altre prestazioni) è immediata. Sono a pagamento i referti richiesti a distanza di tempo. Ai fini della tutela della privacy, i referti vengono consegnati esclusivamente al titolare degli esami munito di documento di identità o ad altra persona in possesso della delega e munito del documento di identità proprio. In nessun caso il personale è autorizzato a fornire informazioni telefoniche sull'esito degli esami. Si pregano i Sigg. Pazienti di voler conservare la documentazione che viene Loro consegnata, alla quale faremo riferimento alle visite di controllo successive.
- Il Comune di Firenze offre un servizio di cortesia per cui è possibile scaricare la propria targa per entrare nella ZTL al fine di fare visite mediche. Il servizio è indipendente dal nostro Istituto, pertanto eventuali contestazioni per qualunque disguido (multe e/o accertamenti) devono essere rivolte direttamente all'ufficio del Comune competente. Il Centro di Neurologia, Psichiatria e Psicologia Clinica s.r.l. non si assume nessuna responsabilità.
- Effetti personali di qualunque genere e/o documenti sanitari e non lasciati all'interno dell'Istituto non saranno conservati.

Pagamenti: Tutti i servizi offerti possono essere pagati a partire dal momento della prenotazione fino al giorno dell'erogazione del servizio, ma comunque prima della prestazione, a mezzo bancomat/carta di credito. Non si accettano pagamenti in contanti.

I pagamenti in oggetto sono da intendersi come compensi per il tempo utilizzato dai professionisti e per l'uso dei locali e dispositivi medici, e non come compensi per il risultato dei servizi. Resta perciò inteso che quanto anticipato non potrà essere comunque rimborsato indipendentemente dal risultato ottenuto.

Una volta emessa la fattura non è più modificabile. Qualora vi sia la necessità di una dicitura particolare a fini assicurativi, questa deve essere comunicata al momento stesso dell'emissione della fattura. Una volta emessa, la fattura non potrà più essere modificata né potranno essere redatti documenti che contengano specifiche relative alla fattura stessa.

Ai sensi del D.L. 175/2014, siamo tenuti a trasmettere al “Sistema Tessera Sanitaria” (STS) i dati delle spese sanitarie sostenute dai pazienti, a fini di predisposizione automatica della documentazione fiscale.

Cancellazione: deve essere effettuata almeno 24 ore prima dell'appuntamento .

Certificati e relazioni sono a pagamento. Le richieste verranno di norma evase nel giro di 3 settimane.

Consulenza telefonica, via email e Skype: sono a pagamento le richieste verranno di norma evase nel giro di 5 - 10 giorni.

CONSENSO INFORMATO TELEMEDICINA

La Telemedicina utilizza attrezzature mediche, informatiche e tecnologie di comunicazione elettronica che permettono di poter erogare servizi di refertazione, analisi, telemonitoraggio, attraverso l'ausilio di strutture cliniche che si trovano in altre località.

sono stato informato di quanto segue: Il medico che referterà i dati non sarà fisicamente nella stessa stanza con me. Il mio medico o il personale infermieristico e tecnico potranno assistere all'esame per ogni fase necessaria alla buona riuscita.

Sono informato che la responsabilità dell'esame dipenderà dal medico specialista refertatore e dall'eventuale struttura sanitaria dalla quale questo dipende. Il mio medico garantirà che lo specialista di cui si servirà è specialista nella materia oggetto del servizio medico richiesto.

I dati raccolti clinici, biologici, audio e video necessari ai fini dell'obiettivo da raggiungere, entreranno a far parte della cartella clinica del mio medico e del medico refertatore. Possono essere utilizzati solo a scopo di documentazione o di assistenza sanitaria da parte di tutti coloro che sono coinvolti nel passaggio di informazioni al fine di eseguire la prestazione richiesta e per ogni altro aspetto organizzativo ed amministrativo ma nei soli limiti richiesti in ragione della finalità di raccolta e trattamento (es. medico di riferimento, medico refertatore, centro servizi).

Il pagamento del compenso professionale avverrà mediante bonifico bancario almeno 5 giorni prima della seduta

Ho il diritto di rifiutare o revocare il mio consenso per la telemedicina in qualsiasi momento senza influire sul diritto alle cure future.

Sono stato informato del fatto che esistono metodi alternativi per eseguire la visita

Sono stato informato che per svolgere il servizio richiesto i miei dati sanitari saranno trattati dal medico, dalle società di servizi specializzate in servizi di telemedicina, dai medici refertatori, con modalità cartacee ed elettroniche, nel rispetto delle normative di riservatezza in materia. I dati saranno conservati e trattati nel rigoroso rispetto della riservatezza del paziente. Ogni richiesta di approfondimento e necessità di consulto con altri operatori, siano essi tecnici o medici, è affidata al mio medico di riferimento. Tutti coloro che trattano i miei dati sanitari sono tenuti al segreto professionale. Il mio medico di riferimento, potrà utilizzare i miei dati sanitari, ma solo in forma anonima ed aggregata, al fine di studio scientifico, controllo economico delle prestazioni, elaborazioni di dati epidemiologici e pubblicazioni scientifiche o congressuali. Il tutto, in ogni caso, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

Ho perfettamente compreso tutte le informazioni fornitemi con la presente informativa sulla prestazione diagnostica di telemedicina e sulle modalità di trattamento e conservazione dei dati

Acconsento alla esecuzione dell'esame nella modalità telemedicina e con le garanzie espresse nella presente informativa

Acconsento alla registrazione di ogni dato clinico, biologico, audio e video necessario ai fini dell'obiettivo da raggiungere nella cartella clinica del mio medico curante e del medico refertatore. Nel caso di necessità o dubbio che richieda una seconda opinione, il presente consenso è esteso ai soggetti che saranno individuati dal mio medico di riferimento o dallo specialista refertatore.

Autorizzo il mio medico ad utilizzare i miei dati sanitari, ma solo in forma anonima ed aggregata, al fine di studio scientifico, controllo economico delle prestazioni, elaborazioni di dati epidemiologici e pubblicazioni scientifiche o congressuali ed in ogni caso, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

Autorizzo, inoltre, alla trasmissione dei dati, delle fatture e dei referti, se richiesto, alla compagnie di assicurazione che copriranno i costi delle mie prestazioni e che indicherò esplicitamente

Esprimo volontariamente, esplicitamente e inequivocabilmente il mio consenso ai sopraelencati condizioni d'uso dei servizi del Centro di Neurologia, Psichiatria e Psicologia Clinica srl.