

## SCUOLA GERMANICA ROMA - Scheda di consenso sanitario

Data/Datum.....

**L'alunno/a** ..... classe.....  
**Der Schüler/die Schülerin** ..... Klasse

Nato/a il..... a.....  
geboren am ..... in

**Padre o tutore**..... nato il..... a.....  
**Vater oder Vormund** ..... geboren am ..... in

residente a..... prov. .... Via/Pz. .... Nr. ....  
Wohnhaft in ..... Provinz ..... Straße/Platz

**Madre**..... nato il..... a.....  
**Mutter** ..... geboren am ..... in

residente a..... prov. .... Via/Pz. .... Nr. ....  
wohnhaft in ..... Provinz ..... Straße/Platz

Recapito telefonico in caso di emergenza.....  
Tel. Erreichbarkeit in Notfällen

### **1) CONSENSO ALLA VISITA PREVENTIVA ANNUALE (Übersetzung umseitig)**

Avendo iscritto alla Scuola Germanica Roma l'alunno/a sopraindicato/a intendo usufruire della visita preventiva annuale del medico fiduciario della Scuola il Dott. Fabio Farello.

.....  
Firma del padre o del tutore

.....  
Firma della madre o della tutrice

### **2) CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO ANCHE CON METODICHE NON CONVENZIONALI (Art. 30-32 codice di Deontologia medica) – OMEOPATIA, OMOTOSSICOLOGIA**

Nel caso che durante la frequenza scolastica l'alunno/a si presenti in infermeria con problemi di salute acconsento anche al trattamento con Metodiche non Convenzionali quali Omeopatia e Omotossicologia. Sulle possibili complicanze del trattamento sono informata e avendo ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento e avendo ben compreso quanto a me spiegato acconsento che mio/a figlio/a sia sottoposta/a al trattamento con tale procedura.

.....  
Firma del padre o del tutore

.....  
Firma della madre o della tutrice

### **3) LEGGE SULLA PRIVACY MODULO DI CONSENSO:**

Frequentando l'alunno/a la Scuola Germanica Roma e dalla stessa informata sui diritti e sui limiti di cui alla legge n° 675/96 e successive modificazioni, concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" (Legge 196/03) esprimo il mio consenso ed autorizzo la Scuola Germanica Roma, Dott. Fabio Farello quale medico fiduciario e il personale di segreteria, per quanto di loro competenza, al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili a carattere sanitario, ai fini di diagnosi, cura, ai fini sanitari e a fini amministrativi. Sono a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base agli obblighi di Legge non necessitano di consenso al trattamento.

.....  
Firma del padre o del tutore

.....  
Firma della madre o della tutrice

## **DEUTSCHE SCHULE ROM - GESUNDHEITSEINWILLIGUNGSSCHEIN**

### **omissis**

#### **1) Einwilligung zur jährlichen ärztlichen Vorsorgeuntersuchung**

Nach Anmeldung an der Deutschen Schule Rom des/der oben genannten Schülers/in beabsichtige ich die jährliche Vorsorgeuntersuchung bei Herrn Dr. med. Fabio Farello, Vertrauensarzt der Schule, in Anspruch zu nehmen.

#### **2) Einwilligung zur Behandlung auch mit nicht konventionellen Methoden (Homöopathie) – Art. 30-32 Ärztliches Pflichtkodex -**

Falls sich der Schüler/die Schülerin während des Schulbesuches aus gesundheitlichen Gründen im Krankenzimmer melden sollte, erteile ich hier meine Einwilligung auch zur Behandlung mit nicht konventionellen Methoden wie Homöopathie und Homotoxikologie. Ich bin über die möglichen Komplikationen informiert worden und habe auf jede von mir gestellte Frage oder Erläuterung eine ausführliche Antwort erhalten, die Erklärungen verstanden und stimme der Behandlung meines Sohnes/meiner Tochter mit dieser Methode zu.

#### **3) Datenschutzgesetz – Einwilligungserklärung**

Da mein Sohn/meine Tochter die Deutsche Schule besucht und von der Schule über die Rechte und die Einschränkungen, die sich auf das Gesetz Nr. 675/96 bezüglich des Datenschutzes (Gesetz 196/03) und die nachfolgenden Veränderungen beziehen, erkläre ich mich damit einverstanden und willige ein, dass die persönlichen Daten, auch die, die sich auf den Gesundheitszustand meines Sohnes/meiner Tochter beziehen, von der Schule, vom Vertrauensarzt der Deutschen Schule, Herr Dr. Fabio Farello, und vom Verwaltungspersonal, begrenzt auf die einzelnen Kompetenzen (Diagnose, Behandlung, medizinischem Zweck, Verwaltung) verarbeitet werden können. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass die vom Gesetz vorgeschriebenen und übergebenen Daten keiner Einwilligung zur deren Verarbeitung erfordern.