

LETTERA DI INCARICO

Il/la sottoscritto/a _____ residente a _____ (____)
CAP _____ in Via _____, n° _____

C.F.: _____, cell. _____, email _____,

dichiara di essere stato/a informato/a che il piano alimentare e/o i consigli nutrizionali verranno elaborati in seguito alla raccolta di tutti i dati necessari durante la prima visita ed inviato via email entro una settimana dalla prima visita.

La DR Ilaria Bertini mi potrà consigliare integratori alimentari dei quali mi sono state o mi saranno spiegate l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, tenendo conto dell'individualità di risposta non prevedibile in modo esatto.

I risultati positivi ottenuti seguendo il piano alimentare, dipenderanno dall'adesione al medesimo e dalle risposte soggettive dell'organismo; sono stato/a informato/a sui consigli da seguire e sui comportamenti da tenere in questo periodo, consapevole che in caso contrario, il risultato finale potrebbe essere compromesso. Data la natura del percorso che intendo seguire, non è possibile garantire né stabilire a priori in modo preciso l'esatto risultato finale.

Dichiaro di avere riferito correttamente la mia anamnesi ed in particolare eventuali terapie farmacologiche effettuate o in corso, precedenti patologie e/o interventi chirurgici, allergie, abitudini di vita. Di voler sollevare la DR Ilaria Bertini da responsabilità legate ad omessa comunicazione circa la propria condizione di salute (o di quella del soggetto che rappresenta in qualità di tutore) o di un eventuale variazione del proprio stato fisio-patologico.

Mi è stata data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione e sul piano alimentare/consigli che mi verranno proposti.

Mi è stato spiegato che la frequenza dei controlli potrà essere concordata tenendo conto delle mie esigenze e di eventuali necessità correlate alle strategie nutrizionali che verranno attuate.

Sono stato/a informato/a sui costi relativi alle prestazioni effettuate da DR Ilaria Bertini. Per controlli effettuati a più di **6 mesi** di distanza dall'ultima visita, che pertanto implicano una rivalutazione della condizione del/la paziente il costo sarà equivalente ad una prima visita.

Dichiaro di aver letto e perfettamente compreso quanto sopra riportato.

Acconsento a ricevere e a seguire il piano alimentare consigliato.

Data ____/____/____ Firma del paziente _____

o firma dei genitori, in caso di paziente minore _____

In mancanza di consenso scritto di entrambi i genitori, il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per il rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, DICHIARA di aver manifestato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 TER e QUATER del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data e Firma del padre e/o della madre: _____

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DIETISTICHE ONLINE

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa BERTINI ILARIA, iscritto/a all'albo dei Dietisti - Ordine TSRM PSTRP di Verona con il n.9, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del Sig./della Sig.ra _____, informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui online finalizzati al conseguimento di una alimentazione salutare e/o al miglioramento dello stato di salute e benessere ;
- durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
- i colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
- le prestazioni verranno rese attraverso la piattaforma livi connect o google meet o zoom;
- I dati di anamnesi vengono salvati sul programma gestionale BEE BEE BOARD.
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere il percorso online. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e a specificare le ragioni;
- il Dietista è tenuto al rispetto del Codice Deontologico dei Dietisti e all'obbligo del segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- l'intervento si articolerà in incontri della durata di 30-40 o 60-90 minuti circa a seconda del tipo di incontro concordato col Dietista previa telefonata/MAIL per organizzazione dell'appuntamento;
- il pagamento del compenso professionale avverrà con bonifico bancario, in forma anticipata/entro pochi giorni dall'appuntamento (0-3 gg), salvo diversi accordi presi direttamente con il Dietista;
- una volta stabilito l'appuntamento in modalità online, qualsiasi disdetta va comunicata tramite telefonata (o messaggio firmato) al professionista con un giorno di anticipo, onde evitare l'addebito dell'incontro non effettuato;
- I dati personali sono condivisi con GIORGIA MUNARI, nata il 21/09/1996, CF: MNRGRG96P61F964G, con il ruolo di gestione agenda, appuntamenti ed inserimento dati del paziente nel gestionale BEE BEE BOARD.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e
residente (città, via e numero)

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra dichiara:

di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott/la dott.ssa BERTINI ILARIA

Data

Firma

La comunicazione con la DR ilaria bertini avviene in via preferenziale tramite **E-MAIL**.

In caso di necessità/urgenza è possibile scrivere un **messaggio** in modo da poter **concordare** una chiamata quanto prima. non vengono presi in considerazione dati personali via whatsapp e/o social.

non rispondo a richieste attraverso i social (sia perchè non riesco a gestire tutti i canali di contatto e rischierei di perdere comunicazioni importanti, sia per motivi di privacy).

NON PRESENTARSI ALL'APPUNTAMENTO SENZA PREAVVISO DI ALMENO 24 H IMPLICA IL SALDO DELLA CONSULENZA MANCATA.

Salvo quando concordato con la dottoressa, controlli *posticipati* oltre i **6 mesi** o riorganizzati dopo i **6 mesi** dalla data pattuita, fanno sì che la dottoressa consideri il percorso nutrizionale come interrotto e il nuovo appuntamento fissato da considerarsi una prima visita a tutti gli effetti, anche in caso di conferma della validità del vecchio profilo nutrizionale/dieta.

Data

Firma