

# DATI PERSONALI

PER FAVORE, SPEDISCA QUESTO MODULO AL SEGUENTE INDIRIZZO: BIRSHOF.EMPfang@HIRSLANDEN.CH

**SIGNORA**    **SIGNOR**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

VIA E N° \_\_\_\_\_ CANTONE DI RESIDENZA FISCALE \_\_\_\_\_

CODICE POSTALE E LUOGO \_\_\_\_\_ STATO CIVILE \_\_\_\_\_ NAZIONALITÀ \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ TELEFONO PRIVATO \_\_\_\_\_

TELEFONO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_ N° AVS \_\_\_\_\_

MEDICO DI FAMIGLIA (INDIRIZZO) \_\_\_\_\_

MEDICO INVIANTE \_\_\_\_\_

L'indicazione dello specialista e del medico di famiglia è importante affinché la clinica possa informarli sul decorso della sua permanenza in clinica.

CHI L'HA INDIRIZZATA AD UN MEDICO CURANTE (MEDICO INDIPENDENTE) DELLA KLINIK BIRSHOF?

SPECIALISTA    MEDICO DI FAMIGLIA    VENGO DI MIA INIZIATIVA

VUOLE CHE LA CLINICA INFORMI IL MEDICO DI FAMIGLIA?    SÌ    NO

IN TRATTAMENTO PRESSO \_\_\_\_\_ PARTE DEL CORPO \_\_\_\_\_

## **MALATTIA**

ASSICURAZIONE DI BASE CASSA MALATI    GENERICA: VALIDA NEL CANTONE DI RESIDENZA  
 GENERICA: VALIDA IN TUTTA LA SVIZZERA

NOME/INDIRIZZO \_\_\_\_\_

NUMERO DI POLIZZA \_\_\_\_\_

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE    SEMIPRIVATA    PRIVATA

NOME / INDIRIZZO \_\_\_\_\_

NUMERO DI POLIZZA \_\_\_\_\_

## **INFORTUNIO**

Ho già annunciato l'infortunio / la ricaduta alla mia assicurazione

ASSICURAZIONE INFORTUNI OBBLIGATORIA    GENERICA

NOME/INDIRIZZO \_\_\_\_\_

N° DI SINISTRO \_\_\_\_\_ N° DI POLIZZA \_\_\_\_\_

DATA DELL'INFORTUNIO \_\_\_\_\_

ASSICURAZIONE INFORTUNI COMPLEMENTARE    SEMIPRIVATA    PRIVATA

NOME/INDIRIZZO \_\_\_\_\_

N° DI SINISTRO \_\_\_\_\_ N° DI POLIZZA \_\_\_\_\_

Per favore indichi i dati della sua cassa malattia anche se i costi sono a carico dell'assicurazione contro gli infortuni obbligatoria.

## **ATTIVITÀ PROFESSIONALE**

NOME E INDIRIZZO DEL SUO DATORE DI LAVORO \_\_\_\_\_

LAVORA PIÙ DI 8 ORE ALLA SETTIMANA?    SÌ    NO

INDIRIZZO PROFESSIONALE IN CASO DI ATTIVITÀ LAVORATIVA INDIPENDENTE \_\_\_\_\_

## **PARENTE PROSSIMO/RAPPRESENTANTE LEGALE**

Persona con la quale, in caso di necessità, potranno essere scambiate informazioni.

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO, CODICE POSTALE E LUOGO \_\_\_\_\_

TELEFONO PRIVATO \_\_\_\_\_ TELEFONO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_



ST\_5 - Eintrittsformular



BC\_13 Patientenadmin. - Eintritt

**Gentile paziente,**

il presente modulo costituisce il fondamento giuridico per il suo trattamento. I suoi diritti e doveri in quanto paziente dell'istituzione medica sono in gran parte regolati a norma di legge (ad es. dalla legge cantonale sui pazienti). Il trattamento può essere eseguito da medici assunti o in regime di libera professione che lavorano presso l'istituzione medica. Sussiste una responsabilità separata tra i medici in regime di libera professione e il gruppo Hirslanden.

Le prestazioni obbligatorie vengono fatturate secondo i fondamenti legislativi della sua cassa malati. Nel caso di prestazioni non obbligatorie o di mancanza della copertura assicurativa, vale il principio del paziente pagante. In quanto stipulante, lei è tenuto/a a dotarsi di una copertura assicurativa sufficiente e si assume il rischio di costi in caso di eventuali limitazioni della copertura.

Acquisiamo, salviamo e trattiamo tutti i dati da lei forniti e necessari all'adempimento del contratto. I dati dei pazienti possono anche essere trasmessi da accompagnatori, parenti, medici inviati, intermediari o medici esterni. I dati personali e medici necessari per l'amministrazione vengono inoltrati all'Hirslanden Corporate Office, Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark. Per l'incasso e in caso di cessione di crediti e di controversie originate dal Contratto di trattamento, i suoi dati possono essere inoltrati a enti di incasso, a terzi autorizzati nonché alle autorità e ai tribunali. Nell'ambito della richiesta di una garanzia di assunzione dei costi, della fatturazione e dei successivi trattamenti esterni, inoltre, i suoi dati paziente e i referti medici possono essere inoltrati anche a uffici competenti esterni.

I suoi dati medici, incluse le immagini mediche, vengono salvati in modalità elettronica e, nel caso ciò sia necessario per il trattamento, possono essere visionati da altri medici nonché medici esterni coinvolti nel suo trattamento o, eventualmente, anche da altre cliniche o studi medici del gruppo Hirslanden in Svizzera, in caso di referti tramite teleradiologia di radiologi in paesi vicini alla Svizzera.

Siamo soggetti a obblighi di notifica ai registri medici prescritti per legge, in virtù dei quali dobbiamo inoltrare i dati personali in forma anonima ad esempio all'Ufficio federale di statistica. A livello cantonale i dati vengono inoltrati in forma non anonima agli uffici del registro (Legge sulla registrazione delle malattie tumorali).

Per quanto possibile, in radiologia le inviamo dei promemoria via SMS o e-mail riguardo agli appuntamenti imminenti e le mettiamo a disposizione i referti tramite il portale web. Le raccomandiamo di sottoporre i referti al suo medico curante. Al fine di tutelare i pazienti, i visitatori e il personale, i locali e gli accessi possono essere videosorvegliati. Le registrazioni video vengono conservate per un periodo di tempo limitato.

Per garantire la qualità, i suoi dati radiologici possono essere analizzati in forma anonima e inoltrati in modo controllato.

Acconsento che i miei dati radiologici vengano analizzati in forma anonima per scopi di ricerca.

Sì  No

Se ha delle domande, la preghiamo di rivolgersi al personale medico.

In qualsiasi momento e a titolo gratuito potrà revocare il consenso all'uso dei suoi dati personali per il futuro, informarsi in merito ai suoi dati personali da noi salvati oppure richiederne la cancellazione, nella misura in cui non sussistano eventuali obblighi di conservazione previsti per legge. Inoltre, in presenza di determinati presupposti, è garantito un diritto di reclamo presso un'autorità incaricata della protezione dei dati. Per domande o questioni riguardanti la protezione dei dati, potrà contattarci all'indirizzo [datenschutz@hirslanden.ch](mailto:datenschutz@hirslanden.ch).

Sono competenti i tribunali del luogo in cui l'istituzione medica ha sede. Si applica esclusivamente il diritto svizzero.

Apponendo la sua firma, lei accetta che i suoi dati personali e medici vengano utilizzati per gli scopi descritti.

Luogo, data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Invia\***

\* Si prega di inviare il formulario di ospedalizzazione debitamente compilato, senza firma.  
La firma sarà richiesta presso l'accettazione della Hirslanden Klinik Birshof.