

FID codice a barre



Modulo di ammissione REGIME AMBULATORIALE

ID paziente:	FID:	Data:	Motivo accettazione: ☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ Visita medica preventiva
Dati personali (in base a un documento ufficiale)			
Cognome:	Nome:	Data di nascita:	
Nome di nascita:	Nazionalità:	Sesso: ☐ donna ☐ uomo	
N. AVS (n. previdenza sociale):		Religione / confessione:	
Stato civile:	Categoria permesso di soggiorno (ad es. B/C/L/G/N):		
Domicilio civile:			
Via, n.:	NPA, località:	Nazione:	
Telefono privato:	Telefono cellulare:	Telefono aziendale:	
E-mail:	☐ Nessun indirizzo e-mail	Paese d'origine:	
Persone di riferimento (persone raggiungibili durante la sua degenza presso la clinica):			
Cognome, nome:	Relazione:	Indirizzo:	Telefono:
Medici (nome e indirizzo)			
Medico di famiglia:			
Medico referente:			
Dati della sua assicurazione			
Nome dell'assicurazione:		N. assicurato/polizza/disposizione:	
☐ Assicurazione di base (LAMal/LAINF/LAI/LAM) ☐ Assicurazione complementare ☐ Solvente senza copertura assicurativa			
– –			
In caso di infortunio			
Data dell'infortunio:	Status lavorativo: ☐ impiegato/a ☐ lavoratore autonomo/lavoratrice autonoma ☐ non lavora/in pensione		
N. sinistro:	Datore di lavoro al momento dell'infortunio:		
Indirizzi differenti			
Indirizzo di corrispondenza:			
Indirizzo di fatturazione:			



Contratto di trattamento («Contratto»)

Gentile paziente,

Note legali

il presente modulo costituisce il fondamento contrattuale per il suo trattamento. I suoi diritti e doveri in quanto paziente della struttura medica sono in gran parte regolati a norma di legge (ad es. dalla legislazione cantonale sui pazienti). Il trattamento può essere eseguito da medici impiegati (medici della clinica) o in libera professione (medici partner) operanti presso la struttura medica. Tra i medici in libera professione e il Gruppo Hirslanden sussiste una responsabilità civile separata. La nostra homepage (www.hirslanden.ch) riporta quali medici operano in qualità di partner e quali come personale della clinica.

Assunzione dei costi e assicurazione

Le prestazioni obbligatorie vengono computate secondo le basi giuridiche della sua cassa malati. In caso di prestazioni non obbligatorie o in assenza di copertura assicurativa vige il principio della solvenza, il quale prevede che i costi siano a suo carico. In quanto stipulante, lei è tenuto/a a dotarsi di una copertura assicurativa sufficiente e si assume il rischio di assunzione dei costi in caso di eventuali limitazioni della copertura.

Protezione dei dati

Con la sottoscrizione del contratto, acconsente al trattamento dei suoi dati personali e medici secondo le finalità illustrate nelle informazioni per il paziente (consultabile su www.hirslanden.ch/protezionedeidati). La pagina include anche dettagli sulla videosorveglianza all'interno della clinica e l'informativa sulla protezione dei dati con ulteriori indicazioni circa il trattamento dei dati presso il Gruppo Hirslanden.

Consenso alla raccolta e alla trasmissione dei dati personali

Nell'ambito della preparazione del suo trattamento e in caso di trattamenti esterni successivi (ad es. in ospedali, strutture di riabilitazione ecc.) può essere necessario che Hirslanden AG, le sue cliniche e istituti, i suoi medici curanti o il personale ausiliario debbano raccogliere dati (ad es. dati di diagnostica per immagini o la cartella clinica con i referti relativi a cure, operazioni e lettere di dimissione) presso entità esterne (ad es. altri fornitori di prestazioni, assicurazioni di previdenza sociale o private, familiari ecc.). Con la sottoscrizione del presente contratto, esonera tali entità esterne dal segreto professionale e dall'obbligo di segretezza relativamente alle finalità qui citate.

Nell'ambito della preparazione del suo trattamento, dell'acquisizione della garanzia di assunzione dei costi, della fatturazione e in caso di trattamenti esterni successivi (ad es. in ospedali, istituti di riabilitazione ecc.) può essere necessario trasmettere i suoi dati medici (ad es. dati di diagnostica per immagini o la cartella clinica con i referti relativi a cure, operazioni e lettere di dimissione) a entità esterne (ad es. persone referenti, altri fornitori di prestazioni, assicurazioni di previdenza sociale o private, autorità ecc.). Inoltre, i dati personali e medici necessari a fini amministrativi vengono inoltrati agli uffici competenti. Per verifica della solvibilità (per i pazienti che pagano di tasca propria), della fatturazione e l'incasso nonché in caso di cessione di crediti e di controversie originate dal contratto terapeutico, i suoi dati possono essere trasmessi a terzi quali enti di incasso, terzi autorizzati ecc. nonché ad autorità come uffici di esecuzione e fallimento, tribunali ecc. Infine, i suoi dati possono essere divulgati a nostri partner contrattuali (fornitori di servizi IT o produttori) nel quadro della gestione, della manutenzione e dell'assistenza dei nostri sistemi informatici nonché ai fini della manutenzione e del supporto di apparecchiature mediche, nel qual caso i dati vengono di norma crittografati. Con la sottoscrizione del presente contratto, lei esonera Hirslanden AG nonché tutti i suoi istituti e cliniche, i suoi medici curanti e il personale ausiliario dal segreto professionale e dall'obbligo di segretezza relativamente alle finalità qui citate.

Foro competente

Sono competenti i tribunali presso la sede della struttura medica. Si applica esclusivamente il diritto svizzero.

Con la stipula del presente contratto terapeutico accetta le condizioni contrattuali sopra elencate.

Luogo, data: _____

Firma: _____