

## Modulo di registrazione per i pazienti

### Dati personali / etichetta del paziente (compilare in stampatello)

Cognome	Nome
Sesso m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>	Data di nascita
Via	Località
Assicurazione malattia	N° d'assicurato
Telefono	e-mail
Contatto di emergenza	Telefono

La fatturazione avviene tramite un metodo di pagamento di terze parti. La fattura viene inviata direttamente alla tua compagnia assicurativa sanitaria, che ti richiederà l'eventuale compartecipazione alle spese. Riceverai una copia della fattura in formato elettronico.

### Apponendo la firma autorizzo il Hirslanden OPERA Bern

- richiedere i dati necessari per la copertura assicurativa, l'approvazione dei costi e la fatturazione alla cassa malati (ad esempio, tramite la tessera sanitaria nella procedura online)

- inoltrare i dati necessari per la fatturazione e il recupero crediti a H-Clearing AG Altendorf o al suo partner di recupero crediti, all'avvocato coinvolto e alle autorità statali competenti (in particolare, uffici esecutivi e tribunali)

- effettuare controlli di solvibilità utilizzando i dati richiesti o farli effettuare da persone da loro incaricate

- richiedere l'accesso alla mia cartella clinica, inviare i risultati medici al medico curante e inoltrare i documenti della procedura alla cassa malati

Io (o il mio rappresentante legale) dichiaro con la mia firma che le informazioni di cui sopra sono vere e corrette e riconosco che Hirslanden OPERA Bern trasmetterà le mie fatture elettronicamente tramite H-Clearing AG Altendorf alla compagnia assicurativa e elettronicamente a me (o al mio rappresentante legale).

Il trattamento dei tuoi dati personali è regolato dall'attuale informativa sulla privacy di Hirslanden OPERA Bern. Tale informativa sulla privacy è disponibile sul sito web di Hirslanden OPERA Bern o può essere richiesta direttamente allo studio.

Luogo / Data	Firma
--------------	-------