

**Si prega di scrivere in stampatello | Bitte in Blockschrift ausfüllen**  
 Veuillez remplir en majuscules | Please complete in block letters

**Cognome, Nome** | Name, Vorname | Nom, Prénom | Name, First name  
 \_\_\_\_\_

**Cognome da nubile** | Ledigname | Nom de jeune fille | Maiden name  
 \_\_\_\_\_

**Indirizzo** | Adresse | Adresse | Address  
 \_\_\_\_\_

**NPA, Località** | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | Zip code, City  
 \_\_\_\_\_

**Nazionalità** | Nationalität | Nationalité | Nationality  
 \_\_\_\_\_

**Professione, Datore di lavoro** | Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber  
 Profession, Employeur | Occupation, Employer  
 \_\_\_\_\_

**Medico curante** | Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt  
 Médecin traitant | Referring / family physician  
 \_\_\_\_\_

**Cassa malati / Assicurazione** | Krankenkasse / Versicherung  
 Caisse maladie / Assurance | Health insurance company  
 \_\_\_\_\_

**Data di nascita** | Geburtsdatum  
 Date de naissance | Date of Birth  
 \_\_\_\_\_

**Sesso** | Geschlecht  
 Sexe | Gender  
 F  M

**Stato civile** | Zivilstand | Etat-civil | Marital Status  
 \_\_\_\_\_

**Tel. privato** | Tel. privat | Tél. privé | Private phone  
 \_\_\_\_\_

**Mobile**  
 \_\_\_\_\_

**Tel. ufficio** | Tel. Geschäft | Tél. professionnel | Professional phone  
 \_\_\_\_\_

**E-Mail**  
 \_\_\_\_\_

**No AVS** | AHV-Nr. | N° AVS | AVS no.  
 \_\_\_\_\_

**No tessera d'assicuratio** | Versichertenkarten-Nr.  
 N° de carte d'assuré-e | Insurance card no.  
 \_\_\_\_\_

**Assicurazione complementare** | Zusatzversicherung | Assurance complémentaire | Supplementary insurance  
 \_\_\_\_\_

**Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo)** | Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)  
 Adresse de facturation (si différente de l'adresse) | Billing address (if not identical to address)  
 \_\_\_\_\_

**Persona da avvertire in caso di necessità (cognome, tel.)** | Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.)  
 Personne à prévenir en cas de nécessité (nom, tél.) | Person to be notified, if necessary (name, phone)  
 \_\_\_\_\_

**Rappresentanza | Vertretung | Représentation | Representation**

Si prega di compilare se i dati sono stati forniti e non coincidono con i dati personali di cui sopra | Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit obigen Personalien | À compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données personnelles ci-dessus | Please fill in if given and not identical with above personal data

**Rappresentante legale** | Gesetzlicher Vertreter  
 Représentant légal | Legal representative

**Tutore / Avvocato** | Vormund / Beistand  
 Tuteur / curateur | Guardian / Advocate

**Procura** | Vollmacht | Procuration | Power of attorney

**Genitori** | Eltern | Parents | Parents

**Istituzione** | Institution | Institution | Institution  
 \_\_\_\_\_

**Nome** | Vorname | Prénom | First name  
 \_\_\_\_\_

**Indirizzo** | Adresse | Adresse | Address  
 \_\_\_\_\_

**Mobile**  
 \_\_\_\_\_

**Cognome** | Name | Nom | Name  
 \_\_\_\_\_

**NPA, Località** | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | Zip code, City  
 \_\_\_\_\_

**E-Mail**  
 \_\_\_\_\_

La legge sulla protezione dei dati stabilisce che per il trattamento dei dati sanitari sia necessario per principio l'espresso consenso delle pazienti / dei pazienti. Per adempiere a questo obbligo di legge, lei è tenuta/o a confermare sul retro la seguente dichiarazione di consenso con la sua firma.

**Gli appuntamenti non cancellati con almeno 24 ore di anticipo le possono essere addebitati. La preghiamo quindi di informarci tempestivamente.**

Vedi retro 

Confermo espressamente di acconsentire al trattamento dei miei dati, all'accesso a tali dati da parte del medico o della terapeuta / del terapeuta e alla loro trasmissione ai seguenti destinatari.

Categoria di dati	Descrizione dei dati	Destinatari	Scopo
<b>Dati di laboratorio</b>	Dati paziente insieme a sangue, urine, feci, microbiologia, istologia	Laboratorio, altri medici, terapeute / terapeuti, ospedali	Accertamenti ed elaborazione medica, compresa analisi
<b>Dati dei referti</b>	Risultati delle visite	Altri medici, terapeute / terapeuti, ospedali, strutture sanitarie, professionisti / professionisti della salute, farmacie (prescrizione elettronica)	Informazione mirata per ulteriori accertamenti / trattamenti efficienti
<b>Dati paziente</b>	Cartella elettronica	Altri medici, terapeute / terapeuti, farmacie (inclusa prescrizione elettronica) e interni allo studio nonché fornitori di servizi contabili	Documentazione Emissione fattura
<b>Dati base e di trattamento</b>	Dati per assegnazione, trattamento e fattura	Fornitori di servizi per fatturazione, assicuratori	Elaborazione per la fatturazione
<b>Fatturazione e dati dei conteggi e delle fatture</b>	Fatturazione del trattamento e delle prestazioni mediche, solleciti e ulteriore elaborazione delle fatture	Cassa dei Medici società cooperativa e ufficio d'incasso scelto dallo studio, nonché fornitori di software o sistemi informatici per studi e supporto IT.	Conteggio in base alle disposizioni di legge e contrattuali, nonché sviluppo informatico e verifiche della solvibilità.
<b>Dati relativi al trattamento e ai conteggi</b>	Dati anonimizzati o pseudonimizzati	Registri pubblici, autorità statistiche nonché centri fiduciari e FMH (Swiss Medical Association), società mediche	Obblighi d'inserimento previsti dalla legge, trattative tariffarie / calcoli modello
<b>Dati finanziari e di fatturazione</b>	Dati per la fatturazione e la tenuta della contabilità ordinaria	Fornitori di servizi di contabilità e fatturazione	Preparazione fattura e contabilità

#### Trasmissione dati

Sono consapevole dei possibili rischi connessi allo scambio di dati personali degni di particolare protezione (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati in caso di canali di comunicazione non sicuri) e dei miei diritti e acconsento al contatto reciproco tra il mio medico o la mia terapeuta / il mio terapeuta e me come paziente mediante i dati di contatto sopra indicati. Questo vale anche per lo scambio di dati all'interno dello studio e per le sostituzioni. Mi dichiaro inoltre d'accordo riguardo all'uso di codici QR e di prescrizioni o certificati medici con firma digitale o elettronica. Per principio, i miei dati saranno memorizzati dalla Cassa dei Medici esclusivamente in Svizzera per le applicazioni principali. Ai fini della verifica della solvibilità, i miei dati personali possono essere trasmessi a Inkasso Med AG / Intrum AG dove possono essere memorizzati.

#### Elaborazione delle fatture

La Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) prevede che le pazienti e i pazienti ricevano una copia della fattura medica. Firmando il presente formulario accetto un'eventuale fatturazione in forma cartacea o elettronica

in regime di terzo pagante (fatturazione direttamente alla cassa malati). Per ragioni di semplificazione, la comunicazione relativa alla copia della fattura (solo in regime di terzo pagante) sarà inviata all'indirizzo e-mail da me fornito, indicandomi nelle e-mail il nome del mio medico, della mia terapeuta / del mio terapeuta o dello studio per facilitarne la lettura. Acconsento quindi al fatto che l'invio di tali copie nonché comunicazioni amministrative questioni amministrative come ad esempio lo spostamento di appuntamenti possano avvenire tramite il contatto e-mail da me specificato (indirizzo @hin a indirizzo destinataria/o @bluewin.ch, @gmail.com ecc.).

#### Ritardo nei pagamenti

Se non adempio al mio obbligo di pagamento entro il termine stabilito o se rinuncio a un'obiezione motivata, divento moroso senza ulteriore sollecito alla scadenza di tale termine. La fornitrice o il fornitore di prestazioni può ricorrere in qualsiasi momento a terzi per l'incasso. I costi di mora sono a mio carico. I dettagli sulle spese in caso di ritardo nei pagamenti sono riportati al seguente link: [www.cassa-dei-medici.ch/info-pazienti/faq](http://www.cassa-dei-medici.ch/info-pazienti/faq).

Sulla base delle spiegazioni di cui sopra e di eventuali ulteriori spiegazioni orali, acconsento con la mia firma al trattamento e alla trasmissione dei miei dati personali in conformità alle norme sulla protezione dei dati. Inoltre, prendo atto che il mio consenso può essere revocato in tutto o in parte in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento effettuato sulla base del consenso fino all'elaborazione della revoca. La revoca deve essere effettuata obbligatoriamente per iscritto. Inoltre, la mia richiesta di cancellazione non porta per principio alla cancellazione, poiché la professionista o il professionista della salute responsabile oppure lo studio medico sono tenuti per legge a conservare i miei dati. La richiesta di cancellazione porterà quindi solo in casi eccezionali motivati, e in presenza di una sospensione confermata, alla cancellazione dei miei dati presso la professionista o il professionista della salute presso cui sono in cura. Allo stesso tempo, con la presente esonero in questo caso la professionista / il professionista della salute presso cui sono in cura dall'obbligo legale di conservazione.

Mi è stato comunicato che è disponibile il documento aggiuntivo «Informazione per pazienti sulla gestione dei dati personali».

Data | Datum | Date | Date

Firma | Unterschrift | Signature | Signature