

Iscrizione e consenso del paziente al rilascio di informazioni/documentazione medica ed al trattamento di dati personali

Il trattamento dei dati personali si svolge in conformità a quanto indicato nella presente informativa, nel rispetto delle disposizioni della Legge sulla protezione dei dati personali (LPD) e in ossequio al segreto professionale regolato dal Codice penale svizzero (art. 321 CPS).

Generalità del paziente

(nome e cognome)

(data di nascita)

(indirizzo)

(NPA, località)

(telefono)

(e-mail)

Ev. rappresentante legale

(nome e cognome)

Medico/medici richiedente/i

(nome e cognome)

Cassa Malati/Assicurazione

(nome)

Fisioterapista

Risi Sara

Come è venuto a conoscenza della fisioterapia?

(sottolineare la scelta) Sono già paziente, Internet, passaparola, inviato dal medico, altro:

Desidera ricevere una copia delle fatture: SI ☐ NO ☐

Io sottoscritto acconsento esplicitamente e autorizzo il Fisioterapista ad inviare al medico di cui sopra la mia cartella clinica, il rapporto della terapia ed ogni altro documento finalizzato a valutare l'evoluzione ed il risultato della terapia.

Autorizzo inoltre il Fisioterapista a richiedere a sua volta al medico curante, ogni informazione e/o documento necessario per l'esecuzione della terapia.

La documentazione potrà essere spedita per posta e/o per via elettronica. Eventuali informazioni relative al trattamento, potranno inoltre essere comunicate al succitato medico anche telefonicamente.

Con la sottoscrizione della presente autorizzo inoltre esplicitamente il Fisioterapista ad inviare le fatture per il trattamento alla mia cassa malati in formato elettronico e/o cartaceo.

Con riferimento alla presente dichiarazione, dichiaro in particolare di aver compreso:

- le spiegazioni che mi sono state date nel suddetto consenso e dal fisioterapista e sull'utilizzo dei miei dati personali che possono essere conservati e trattati elettronicamente e/o in versione cartacea;
- che i miei dati personali sono protetti e che saranno utilizzati unicamente per lo scopo di cura;
- che posso revocare il mio consenso in qualunque momento e senza dover giustificare la mia decisione rivolgendomi a *Risi Sara*.

(firma paziente/rappresentante legale)

Mendrisio,