

MODULO PER IL PAZIENTE		Dermatologische Praxis	
Dichiarazione di consenso		Dr. med. Gion G. Tschanner Gutenbergstrasse 5 • 3011 Bern	
Nome		Cognome	
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> altro	Stato civile	Nazionalità
Indirizzo: Via e n.		NPA e luogo di domicilio	
Tel. privato		Mobile (Cell)	
Tel. ditta:		E-Mail:	
Professione		Datore di lavoro	
Medico curante		Medico di famiglia	
Assicurazione malattia		No tessera d'assicuratio	
Assicurazione complementare		No AVS	

Rappresentanza Si prega di compilare se i dati sono stati forniti e non coincidono con i dati personali di cui sopra	
<input type="checkbox"/> Rappresentante legale	<input type="checkbox"/> Tutore/Avvocato
<input type="checkbox"/> Procura	<input type="checkbox"/> Genitori
Istituzione	
Nome	Cognome
Indirizzo: Via e n.	NPA e luogo di domicilio
Tel. / Cell.	E-Mail

Con la mia firma, do il mio consenso al trattamento dei miei dati, agli accessi ai dati da parte del medico, nonché alla trasmissione dei dati a terzi in conformità alle informazioni per il paziente riportate nella pagina seguente. Sono consapevole dei possibili rischi che lo scambio di dati particolarmente sensibili comporta (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati se vengono utilizzati canali di comunicazione non sicuri) e dei miei diritti e do il mio consenso a contatti reciproci tra me e il mio medico tramite i recapiti sopraindicati. Lo studio medico trasmette le informazioni dei pazienti esclusivamente attraverso canali di comunicazione protetti. Accetto che le comunicazioni concernenti questioni amministrative, come ad esempio gli spostamenti di appuntamenti, vengano effettuate mediante e-mail non criptate (da indirizzo @hin a indirizzo del destinatario come ad es. @bluewin.ch, @gmail.com ecc.)

La Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) prevede che i pazienti ricevano una copia della fattura del medico resp. la fattura originale

>> Gli appuntamenti che non vengono cancellati con almeno 24 ore di anticipo le possono venire addebitati <<

Luogo, data	Firme
-------------	-------

Si prega di controllare: → X

- A) Accetto che la versione cartacea del presente modulo venga distrutta dopo essere stata registrata elettronicamente
- B) Il modulo non deve essere distrutto, conserverò l'originale a casa

Informazioni per il paziente riguardo al trattamento dei dati personali

Qui di seguito la informiamo sulle finalità per le quali lo studio medico sopraindicato (di seguito detto “studio medico”) raccoglie, salva e trasmette i suoi dati personali. Inoltre, la informiamo sui diritti che le spettano nell’ambito della protezione dei dati.

Responsabilità Il soggetto responsabile del trattamento dei suoi dati personali e in particolare dei suoi dati sanitari è lo studio medico. Per chiarimenti concernenti la protezione dei dati o se desidera esercitare i suoi diritti in materia di protezione dei dati, la preghiamo di rivolgersi al personale dello studio medico o direttamente al suo medico.

Raccolta dei dati e finalità del trattamento Il trattamento dei suoi dati (raccolta, salvataggio, utilizzo e conservazione) avviene sulla base del contratto di cura e delle norme di legge in materia di adempimento delle finalità del trattamento, nonché dei relativi obblighi. La raccolta dei dati viene effettuata da un lato dal medico curante nell’ambito delle cure. Dall’altro lato, noi riceviamo dati anche da altri medici e operatori sanitari presso i quali lei è o è stato/a in cura e ai quali abbia dato il relativo consenso. Nella sua cartella clinica verranno trattati solo i dati relativi al trattamento medico. La cartella del paziente comprende i dati personali forniti nel modulo per il paziente come dati anagrafici, recapiti e dati assicurativi nonché, tra l’altro, il colloquio informativo svolto nell’ambito del trattamento medico e i dati sanitari raccolti, come anamnesi, diagnosi, proposte terapeutiche e referti.

Durata della conservazione La sua cartella clinica verrà conservata per 20 anni dall’ultimo trattamento medico. Trascorso tale periodo, verrà conservata solo con il suo esplicito consenso oppure verrà cancellata o distrutta in modo sicuro.

Trasmissione dei dati I suoi dati personali e in particolare i suoi dati sanitari vengono da noi trasmessi a terzi esterni solo se ciò è consentito o richiesto dalla legge oppure se lei ha dato il suo consenso alla trasmissione dei dati nell’ambito del suo trattamento medico.

- La trasmissione alla sua assicurazione malattia oppure all’assicurazione infortuni o di invalidità avviene per finalità legate alla fatturazione delle prestazioni che le sono state erogate. Il tipo di dati trasmessi si basa su quanto previsto dalla legge.
- La trasmissione ad autorità cantonali e nazionali (ad es. servizio medico cantonale, dipartimenti della sanità ecc.) avviene sulla base di obblighi previsti dalla legge.
- Opzionale: la trasmissione dei dati del paziente necessari e della fattura all’agenzia di recupero crediti avviene per finalità legate all’incasso (riscossione di crediti esigibili).

Nel singolo caso, secondo il suo trattamento medico e il relativo consenso concesso, i dati possono essere trasmessi a ulteriori soggetti legittimati a riceverli (ad es. laboratori, altri medici).

Revoca del consenso Se ha già dato il suo espresso consenso a un determinato trattamento dei dati, lo può revocare interamente o parzialmente in qualsiasi momento. La richiesta di revoca o modifica del consenso deve essere presentata per iscritto. Una volta ricevuta la sua revoca scritta e qualora non sussistano altri fondamenti per il trattamento eccetto il suo consenso, il trattamento verrà interrotto. La revoca non inficia la legittimità del trattamento dei dati effettuato fino al momento della revoca.

Diritto di informazione, visione e consegna Lei ha in qualsiasi momento il diritto di ottenere informazioni sui suoi dati personali. Può inoltre prendere visione della sua cartella clinica o richiederne una copia. La consegna della copia può prevedere il pagamento di una tariffa. Gli eventuali costi derivanti dalla creazione di una copia della cartella clinica le saranno comunicati preventivamente.

Diritto alla consegna o trasmissione dei dati Lei ha il diritto di richiedere la consegna o trasmissione, a lei personalmente o a terzi, dei dati che noi trattiamo in modo automatizzato o digitale. in un formato comune e leggibile da una macchina. Ciò vale in particolare per la trasmissione di dati medici a un operatore sanitario da lei indicato. Nella misura in cui lei richieda la trasmissione dei dati a un altro responsabile, la trasmissione verrà effettuata se tecnicamente fattibile.

Correzione dei suoi dati Se dovesse constatare o ritenere che i suoi dati non siano corretti o siano incompleti, ha la possibilità di richiederne la correzione. Qualora non sia possibile stabilire né l’esattezza né l’incompletezza dei suoi dati, ha la possibilità di richiedere l’inserimento di una menzione del carattere contestato.

Elaborazione fatture La legge federale sull’assicurazione malattie (LAMal) prevede che i pazienti ricevano una copia della fattura del medico. Per il momento il nostro studio continuerà ad inviare fatture comprensive di ricevute di rimborso direttamente al paziente (“Tiers garant”). Firmando questo modulo, accetto qualsiasi futura fatturazione cartacea o elettronica nel Tiers Payant (fatturazione diretta alla compagnia di assicurazione sanitaria). Per semplicità, mi verrà inviata una copia della fattura (solo in Tiers Payant); Il nome del mio medico o del mio studio è menzionato nell’e-mail per facilitarne la lettura.