

Autorizzazione rilascio informazioni/documentazione medica

Generalità del paziente

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Medico richiedente

Cognome e nome _____

Specialità del medico richiedente _____

Con la presente si richiede al Dr. med.

*Cognome e nome _____

*Servizio _____

la trasmissione dei seguenti documenti relativi al paziente a margine:

Clinica Moncucco **Clinica Santa Chiara** (p.f. indicare i documenti di quale Clinica)

Rapporto riguardante la visita del _____

Lettera d'uscita riguardante la degenza del _____

Risultati degli esami di laboratorio riguardanti la degenza / visita del _____

Referti di radiologia riguardanti la degenza / visita del _____

Altro _____

nel rispetto delle normative riguardanti il segreto professionale regolato dal codice penale svizzero (art. 321 CPS) e dalla legge sanitaria cantonale (art. 20 Lsan).

Luogo e data: _____

Firma e timbro del medico richiedente

Firma del paziente

P.f. spedire la documentazione:

per posta all'indirizzo _____

per posta elettronica all'indirizzo (per poter procedere dovrà essere indicato un indirizzo sicuro, ad es. @hin.ch) _____

*** In assenza di informazioni precise la richiesta non potrà essere evasa.**