

Gentile paziente,

per poterle fornire assistenza medica abbiamo bisogno di alcune informazioni personali. La preghiamo di compilare il modulo sottostante. La ringraziamo per la collaborazione.

### Dati personali

Cognome  Nome

Sesso  Data di nascita

Uomo  Donna  Altro

Indirizzo (domicilio): Via  NPA, Località

Cellulare  Telefono Privato

E-Mail  Telefono professionale

Professione  Datore di lavoro / Nome dell'azienda

### Assicurazione malattia

Cassa malati  Assicurazione complementare

Generale  Semiprivata  Privata

Numero della tessera assicurativa

### Medico curante / Medico di famiglia

Cognome, Nome   Non ho un medico di famiglia

Indirizzo del medico curante

È stato/a inviato/a da

## Contatti di emergenza

### 1° contatto

Cognome, Nome

### 2° contatto

Cognome, Nome

---

Indirizzo

Indirizzo

---

Telefono

Telefono

---

Relazione (partner, coniuge, ecc.)

## Informazioni

→ Autorizzo il mio medico a richiedere l'accesso alla mia documentazione medica e a trasmettere i risultati al medico che si occuperà delle cure successive.

→ Valido per tutte le casse malati:

I costi per farmaci o materiali non coperti o coperti solo parzialmente dall'assicurazione malattia saranno fatturati direttamente al/alla paziente e dovranno essere saldati a suo carico. Ciò riguarda in particolare i/le pazienti assicurati/e presso Concordia e Atupri in caso di esami che richiedono un uso intensivo di materiali.

Con la firma sottostante, il/la paziente conferma che le informazioni fornite sono complete e veritiere e dichiara di aver preso conoscenza delle disposizioni relative ai costi.

Per i/le pazienti minorenni, un genitore o il/la rappresentante legale conferma con la propria firma l'esattezza delle informazioni e la presa visione.

---

Data

Firma