

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
<hr/>	
Sesso	Data di nascita
<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Altro	
<hr/>	
Indirizzo (domicilio): Via	NPA, Località
<hr/>	
Cellulare	Telefono Privato
<hr/>	
E-Mail	Telefono professionale
<hr/>	
Professione	Datore di lavoro / Nome dell'azienda
<hr/>	

### Assicurazione malattia

Cassa malati	Assicurazione complementare
	<input type="checkbox"/> Generale <input type="checkbox"/> Semiprivata <input type="checkbox"/> Privata
<hr/>	
Numero della tessera assicurativa	
<hr/>	

### Medico curante / Medico di famiglia

Cognome, Nome	<input type="checkbox"/> Non ho un medico di famiglia
<hr/>	
Indirizzo del medico curante	
<hr/>	
È stato/a inviato/a da	
<hr/>	

La invitiamo inoltre a prendere visione delle informazioni sul retro.

## 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