Consenso del paziente al rilascio di informazioni / documentazione medica

Generalità del paziente: _____
(cognome, nome, data di nascita del paziente)

Medico richiedente: _____
(cognome, nome, specialità del medico richiedente)

Con la presente si richiede al Dr. med. _____
(cognome, nome, servizio)

la trasmissione dei seguenti documenti relativi al paziente a margine:

☐ Rapporti riguardanti la visita del _____

☐ Rapporti riguardanti la degenza del _____

☐ Esami di laboratorio riguardante la degenza / visita del _____

☐ Referti istologici 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).

Dr med. _____
(firma e timbro medico richiedente)

Paziente: _____
(firma paziente)

Luogo e data: _____

PF spedire la documentazione:

☐ per posta all'indirizzo
☐ per fax al n°