

# Dati personali

- Si prega di rispeditare il questionario tramite la busta di risposta allegata.
- Qualora si sia già sottoposto a cure mediche presso l'Ospedale cantonale di San Gallo, deve compilare soltanto i campi contrassegnati da un \*.

<b>Ammissione*</b>	Degenza	Ambulatoriale	San Gallo	Rorschach	Flawil		
Data del ricovero/ ora:*	_____		Clinica:*	_____			
Motivo del ricovero	Malattia	Incidente	Gravidanza				
Motivo del trattamento:*	_____						
<b>Nome del paziente*</b>	_____		Sesso	maschile	femminile		
Nome*	_____		Data di nascita*	_____			
Cognome di nascita	_____		Telefono privato	_____			
Numero di assicurazi- one sociale n. AVS)*	_____		Telefono ufficio	_____			
Indirizzo	_____		Cellulare	_____			
NPA/località	_____		Nazionalità	_____			
Domicilio fiscale	_____		Stata civile	_____			
Indirizzo e-mail	_____		Confessione	_____			
Professione	_____		Luogo di origine	_____			
<b>Persona di contatto</b>	coniuge	convivente	fratello/sorella	genitori	figlio/a	conoscente	altro
_____							
(Si prega di inserire il nome completo, l'indirizzo e il numero di telefono)							
<b>Datore di lavoro</b>	Compilare solo in caso d'incidente:			Data dell'incidente: _____			
_____							
(Si prega di inserire il nome completo e l'indirizzo)							
<b>Medico di riferimento*</b>	medico	servizio di salvataggio	paziente	ospedale			
_____							
(Si prega di inserire il nome completo e l'indirizzo)							
<b>Medico di base*</b>	_____						
(Si prega di inserire il nome completo e l'indirizzo)							
<b>Assicurazione*</b>	Nome dell'assicurazione/NPA/località			Numero di assicurazione/tessera			
Assicurazione di base	_____			_____			
Assicurazione complementare	_____			_____			
Assicurazione contro gli infortuni	_____			_____			
<b>Copertura</b>	<b>Privata</b>	<b>Semiprivata</b>	<b>Generale nel Cantone di domicilio</b>	<b>Generale in tutta la Svizzera</b>			

Si prega di firmare il modulo sul retro.



Con la presente certifico la correttezza dei dati forniti nella prima pagina e mi impegno a sostenere tutti i costi non coperti dalle assicurazioni.

**Dichiaro di aver letto e di acconsentire alle condizioni di seguito riportate:**

- Il medico che ha deciso il ricovero, il medico di famiglia ed eventuali altri medici e assicurazioni coinvolti sono autorizzati a ricevere i miei dati personali e medici, fatta salva la mia possibilità di richiedere espressamente in ospedale l'inoltro dei miei dati medici al medico di fiducia dell'assicurazione.
- I professionisti della salute coinvolti nel mio trattamento medico e il relativo personale sanitario ausiliario all'interno dei quattro Enti ospedalieri del Canton San Gallo e della Clinica geriatrica di San Gallo sono autorizzati ad accedere ai documenti inerenti al mio stato di salute. Il presente consenso include anche i documenti del Zentrum für Labormedizin.
- L'ospedale è autorizzato a inoltrare eventuali crediti in essere a un ufficio di incasso esterno, a cui farà pervenire anche i dati necessari in tal senso.
- L'ospedale non si assume alcuna responsabilità né garantisce per eventuali effetti personali, oggetti di valore e denaro portati al suo interno.
- Durante l'invio di e-mail e/o nel corso delle comunicazioni via cellulare e/o sms i dati sensibili potrebbero essere rilevati da terzi e usati in modo illecito. Sono consapevole del fatto che l'ospedale non possa garantire per la sicurezza nell'invio di e-mail e/o sms. Sottoscrivendo il presente documento acconsento a una comunicazione diretta e non cifrata via e-mail e/o cellulare e/o sms con l'ospedale. Tale consenso potrà essere da me revocato in qualsiasi momento.
- L'ospedale è autorizzato a richiedere e a memorizzare i dati relativi alla tessera d'assicurato sia in modo diretto che attraverso le banche dati messe a disposizione dalle assicurazioni.

Foro competente: San Gallo

**Richiesta di informazioni ai medici e al personale medico presso cui il paziente era in cura precedentemente**

Con la presente autorizzo l'Ospedale cantonale di San Gallo a rivolgersi ai medici presso cui ero in cura precedentemente:

---

(Si prega di indicare il nome completo e la località)

così come l'eventuale personale medico presso cui ero in cura precedentemente:

---

(Si prega di indicare il nome completo e la località)

al fine di ottenere le informazioni mediche necessarie al mio trattamento. In tal senso sollevo le suddette persone dall'obbligo di segretezza professionale.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma legalmente valida: \_\_\_\_\_

(del paziente o del rappresentante legale)

Invitiamo gentilmente i pazienti che intendono ricorrere a prestazioni aggiuntive (ad es. reparto privato o semiprivato) a compilare anche il relativo modulo.

Le copie delle fatture possono essere richieste all'ospedale.