



## 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 numero: \_\_\_\_\_