

Scheda con dati di base & Modulo di consenso (PID: _____)

Titolo / nome		Rapp. legale <i>Cognome, Nome, Tel.</i>	
Cognome/ Nome *		Medico di famiglia <i>Cognome, Nome, Tel.</i>	
Data di nascita *		Assegnatario/a <i>Cognome, Nome, Tel.</i>	
Via / No. *		Contatto d'emergenza <i>Cognome, Nome, Tel.</i>	
NPA / Città *		Assicurazione sanitaria	
Telefono privato		Assicurazione supplementare	
Telefono cellulare		Assicurazione contro gli infortuni	
E-Mail¹⁾		Classe di assicurazione <i>Per il trattamento in ricovero</i>	<input type="checkbox"/> Privato (<i>inserire manualmente</i>) <input type="checkbox"/> Semi-privato <input type="checkbox"/> Considerazioni generali

* Campi obbligatori

¹⁾ Accetto di ricevere la corrispondenza via e-mail.

I dati necessari per la fatturazione possono essere trasmessi all'assicurazione malattia o infortuni. In caso di recupero crediti, i dati delle fatture possono essere trasmessi all'istituzione incaricata e alle autorità competenti. Per ragioni di qualità, i nostri medici possono prescrivere preparati originali, che possono essere addebitati dalla vostra assicurazione sanitaria svizzera con una franchigia del 20% invece del 10%.

Autorizzo il gruppo Vista comprese le cliniche e gli studi oculistici affiliati di Vista* e lo studio oftalmologico Fleischlin AG a memorizzare e trattare i miei dati personali e medici nella misura in cui ciò è necessario e serve a evitare esami e costi inutili. Acconsento al fatto che i risultati dell'esame o del trattamento possano essere comunicati al medico di riferimento o al medico generico. I tribunali competenti sono quelli della sede dell'istituto medico. Si applica esclusivamente il diritto svizzero.

Luogo, data

Firma
