

## Modulo per il paziente

Dr. med. Anke Kriemler  
Allgemeinmedizin FMH  
Surtuor 2  
CH-7503 Samedan  
Tel. +41 81 851 14 14  
E-Mail: anke.kriemler@hin.ch

### Dati personali (compilare in stampatello)

Nome	Cognome
Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d	Data di nascita
Indirizzo	CAP e luogo
Telefono	E-Mail
Occupazione	Datore di lavoro
Contatto di emergenza	
Ex medico di famiglia	
Assicurazione	Numero polizza

### Rappresentante legale (compilare se indicato e se non coincide con i dati personali del paziente)

Istituzione	
Nome	Cognome
Indirizzo	CAP e luogo
Telefono	E-Mail

Con la mia firma confermo di essere d'accordo con il trattamento dei miei dati, con l'accesso ai dati da parte del medico e con la trasmissione dei dati a terzi in conformità con le informazioni per i pazienti riportate nella pagina seguente.

Sono consapevole dei possibili rischi connessi allo scambio di dati personali particolarmente sensibili (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati in caso di canali di comunicazione non sicuri) e dei miei diritti e do il mio consenso al contatto reciproco tra il mio medico e me in qualità di paziente attraverso le informazioni di contatto fornite sopra. I dati del paziente saranno trasmessi dallo studio medico solo attraverso canali di comunicazione sicuri. Accetto che le questioni amministrative, come la riprogrammazione degli appuntamenti, possano essere gestite tramite comunicazioni via e-mail non criptate (indirizzo @to a indirizzo del destinatario, come @bluewin.ch, @gmail.com ecc.)

La Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) prevede che i pazienti ricevano una copia della fattura medica.

Luogo, data	Firma
-------------	-------

**Gli appuntamenti non cancellati con almeno 24 ore di anticipo potrebbero essere addebitati sul vostro conto. Vi chiediamo di informarci per tempo.**