

---

## 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°