



**Modulo di registrazione  
per nuove e nuovi pazienti**  
(compilare in stampatello)

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Data di nascita:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**Professione/appellativo:** \_\_\_\_\_

**Tel. privato:** \_\_\_\_\_ **Tel. cellulare:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Di norma inviamo le comunicazioni importanti, quali ad esempio i referti medici, a mezzo posta. Su esplicita richiesta, è possibile l'invio tramite e-mail. A riguardo segnaliamo tuttavia che i contenuti delle e-mail inviate non sono criptati e, pertanto, non tutelati dall'accesso di terzi. In linea di principio, le e-mail possono essere lette dai provider di posta elettronica e da altri soggetti.

Ho preso nota dell'avvertimento in materia di protezione dei dati e desidero comunque ricevere le comunicazioni per e-mail.

**Medico di base** (nome e luogo dello studio): \_\_\_\_\_

**Oculista attuale o personale** (nome e luogo dello studio): \_\_\_\_\_

**Per i bambini** – Cognome/nome della madre, del padre o del/della tutore/tutrice legale: \_\_\_\_\_

Indirizzo come sopra (indicare di seguito se diverso)

**Altri dati** – Familiare, persona di riferimento, curatore/curatrice, indirizzo speciale per la fatturazione: \_\_\_\_\_

**Nome assicurazione malattia/agenzia:** \_\_\_\_\_

Fatturazione alla cassa malati  Copia della fattura al/alla paziente

Fatturazione al/alla paziente

Autorizzo i medici del centro oftalmico a richiedere ad altri medici o a istituti a gestione medica documenti sanitari eventualmente correlati alla mia patologia al fine di evitare l'inutile ripetizione di esami e i costi che ne derivano.

Nel mio interesse acconsento inoltre alla trasmissione degli esiti di analisi e trattamenti ai medici che intervengono nelle cure, che si occupano del prosieguo delle terapie o ai medici di riferimento.

La fatturazione viene gestita dall'amministrazione dell'ospedale di Zollikerberg, che è in possesso dei miei dati.

**Luogo, data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_