

ISCRIZIONE DEL PAZIENTE

PAZIENTE

☐ Signora ☐ Signor

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Stato civile _____

Via / N° _____

Codice postale / Luogo di residenza _____

Telefono privato _____

Cellulare _____

E-Mail _____

Nazionalità _____

Professione _____

Telefono lavoro _____

Datore di lavoro (DL) _____

Via / N° (DL) _____

Codice postale / Luogo di residenza (DL) _____

Medico di famiglia (MF) _____

Indirizzo (MF) _____

Medico di riferimento (MR) _____

Indirizzo (MR) _____

Rapporto al medico di famiglia ☐ Si ☐ No

Modello medico di famiglia ☐ Si ☐ No

ASSICURAZIONE

Malattia ☐ Gen. ☐ SP ☐ P

Incidente ☐ Gen. ☐ SP ☐ P

Assicurazione sanitaria _____

Assicurazione infortuni _____

Sede _____

N° dell' incidente _____

N° polizza _____

Data dell' incidente _____

Assicurazione complementare _____

Assicurazione complementare _____

☐ Gen. CH ☐ SP ☐ P

☐ SP ☐ P

ISCRIZIONE DEL PAZIENTE

CONTATTO

Persona da contattare _____
(deve essere completato se il paziente non è maggiorenne)

Telefono _____

Tipo di sport _____

Associazione / Quadro dirigente _____

MEDICAZIONE ATTUALE

ALLERGIE NOTE

MALATTIE CONOSCIUTE / OPERAZIONI PRECEDENTI

ESAMI PRELIMINARI DISPONIBILI? (LABORATORIO, RADIOGRAFIE, MRI, CT)

☐ Sì ☐ No Quando e dove? _____

PERFAVORE DA PORTARE

- Referti medici / Rapporti operativi
- Indagini esistenti (Laboratorio, Radiografie, MRI, CT)

Sono consapevole del fatto che il medico referente e l'assicuratore in contatto ricevono i miei dati. Gli assicuratori hanno bisogno dei dati per stabilire il diritto alle prestazioni. Accetto l'archiviazione, l'elaborazione e l'ulteriore elaborazione dei miei dati personali.

Inoltre, prendo atto che se l'assicurazione contro gli infortuni prende in carico le prestazioni, i costi saranno addebitati direttamente alla mia compagnia di assicurazione sanitaria o a me stesso.

Altius Swiss Sportmed Center AG può utilizzare materiale fotografico e radiologico che ha realizzato durante il trattamento per scopi interni ed esterni. (Pubblicazioni scientifiche, homepage (www.altius.ag), lezioni, social media ecc.)

☐ Sì ☐ No

Gli appuntamenti che non sono stati annullati con 24 ore di anticipo verranno fatturati privatamente. Chiediamo la vostra comprensione.

COME HA SAPUTO DI NOI?

☐ Associazione sportiva ☐ Famiglia / Amici ☐ Internet ☐ Medico ☐ _____

Luogo / Data

Paziente (Rappresentante legale)

2/2