



Clinica Luganese  
**Moncucco**

# AUTORIZZAZIONE RILASCIO INFORMAZIONI/ DOCUMENTAZIONE MEDICA

## Generalità del paziente

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

## Medico richiedente

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Specialità del medico richiedente \_\_\_\_\_

Con la presente si richiede al Dr. med.  
Cognome e 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 \_\_\_\_\_

Esami di radiologia riguardante 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).

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_

**Firma e timbro del medico richiedente**

**Firma del paziente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

P.f. spedire la documentazione:

per posta all'indirizzo \_\_\_\_\_

per posta elettronica all'indirizzo (per poter procedere dovrà essere indicato un indirizzo sicuro, ad es. @hin.ch) \_\_\_\_\_

**Clinica Luganese  
Moncucco**  
Via Moncucco 10  
6903 Lugano

Società anonima No Profit  
info@moncucco.ch  
www.moncucco.ch  
T+ 41 91 960 81 11  
F+ 41 91 966 76 31