



Clinica Luganese
Moncucco

Etichetta paziente

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