



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO MODULO DEL PAZIENTE

### Dati personali (si prega di compilare in stampatello)

Nome	Cognome
Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d	Data di nascita
Via e numero	NPA e luogo di domicilio
Tel./Cellulare	E-Mail
Professione	Datore di lavoro
Nome e telefono del contatto di emergenza	
Medico di famiglia	N. AVS
Assicurazione malattia	N. tessera assicurazione

### Rappresentanza (compilare se esistente e non identico ai dati del/della paziente)

Rappresentante legale     Genitori     Tutore     Procura  
 Istituzione

Nome	Cognome
Via e numero	NPA e luogo di domicilio
Tel./Cellulare	E-Mail

Con la mia firma, do il consenso al trattamento dei miei dati da parte del/la mio/a psicologo/a psicoterapeuta, nonché alla trasmissione degli stessi a terzi in conformità al documento "informazione per il paziente". Sono consapevole dei possibili rischi che lo scambio di dati particolarmente sensibili comporta (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati nel caso si utilizzino canali di comunicazione non sicuri) nonché dei miei diritti e acconsento al contatto reciproco tra me e il/la mio/a psicologo/a psicoterapeuta tramite i recapiti sopraindicati. Questo vale anche per lo scambio di dati all'interno dello studio e per eventuali sostituzioni. Mi dichiaro inoltre d'accordo riguardo all'uso di codici QR e di prescrizioni o certificati medici con firma digitale o elettronica. Lo studio di psicologia<sup>1</sup> trasmette le



informazioni sensibili dei pazienti esclusivamente attraverso canali di comunicazione protetti.

Sono al corrente che i miei dati, utilizzati per le applicazioni principali, saranno memorizzati dalla Cassa dei Medici esclusivamente in Svizzera. Ai fini della verifica di solvibilità, i miei dati personali possono essere trasmessi a Inkasso Med AG/ Intrum AG dove possono essere memorizzati.

La legge federale sull'assicurazione delle malattie (LAMal) prevede che i/le pazienti ricevano una copia della fattura. Firmando il presente formulario accetto la fatturazione in forma cartacea o elettronica in regime di terzo pagante (fatturazione direttamente alla cassa malati). Acconsento anche la copia della fattura (solo in regime di terzo pagante) sarà inviata all'indirizzo e-mail da me fornito. Nella e-mail, per facilitare la lettura, sarà indicato il nome del mio medico, del/la mio/a terapeuta o dello studio/organizzazione.

Se non adempio al mio obbligo di pagamento entro il termine stabilito o se rinuncio a un'obiezione motivata, divento moroso senza ulteriore sollecito alla scadenza di tale termine. La fornitrice o il fornitore di prestazioni può ricorrere in qualsiasi momento a terzi per l'incasso. I costi di mora sono a mio carico. I dettagli sulle spese in caso di ritardo nei pagamenti sono riportati al seguente link: [www.cassa-dei-medici.ch/info-pazienti/faq](http://www.cassa-dei-medici.ch/info-pazienti/faq).

Sono al corrente ed accetto che i dati per la fatturazione e per la tenuta della contabilità ordinaria dello/a psicologo/a o studio/organizzazione di psicoterapia siano condivisi con fornitori di servizi di contabilità e fatturazione (i prestatori di tali servizi sono obbligatoriamente soggetti ad un accordo di riservatezza con lo/la psicologo/a o studio/organizzazione).

Accetto che le comunicazioni concernenti questioni amministrative, come ad esempio gli spostamenti di appuntamenti, vengano effettuate mediante e-mail non criptate (da indirizzo @hin a indirizzo del destinatario come ad es. @bluewin.ch, @gmail.com ecc.) sms o telefono.

Per qualsiasi altra comunicazione che comporti il trattamento e/o la comunicazione di dati sensibili, confermo di essere stato messo al corrente della possibilità di utilizzare l'applicazione Threema (per il costo di 5,50 CHF una tantum, a carico del paziente) che è progettato per utilizzare unicamente server con sede in CH, generando dunque il minor numero di dati tecnicamente possibile.

Qualora desideri informare o effettuare comunicazioni alla mia/al mio terapeuta mediante altri canali non sicuri (es. What's App/Zoom/Skype, ecc.), mi assumo la completa responsabilità della mia decisione. Nel caso in cui fossi impossibilitato a presenziare all'appuntamento, sono tenuto ad avvisare con almeno 24 ore di anticipo. Sono a conoscenza e accetto che in questo caso mi potrà essere addebitato un importo forfetario di 100.- e che questo costo sarà interamente a mio carico.

Mi è stato comunicato che è disponibile il documento aggiuntivo "Informazioni per il paziente riguardo al trattamento dei dati personali".

---

Luogo, data

Firma

---

<sup>1</sup> Con studio di psicologia si intende un'azienda specializzata in ambito psicologico con forma giuridica di ditta individuale, società anonima (SA) o società a garanzia limitata (Sagl). Raramente si scelgono altre forme giuridiche. Nella pratica, uno studio di psicologia si presenta principalmente come studio di psicoterapia / neuropsicologia (ditta individuale) o come organizzazione di psicoterapia psicologica / organizzazione di neuropsicologia (SA, Sagl, Associazione).