

T321

Richiesta di modifica di informazioni concernenti una struttura sanitaria nel registro (HPD) della comunità di riferimento e-Health Ticino

La legge federale sulla cartella informatizzata del paziente prescrive che i dati riguardanti le strutture sanitarie e i professionisti della salute siano corretti ed aggiornati regolarmente. Presentando una richiesta di modifica, è possibile richiedere la modifica delle informazioni concernenti la struttura sanitaria nel Healthcare Provider Directory (HPD), ovvero il registro dei professionisti della salute e dei loro istituti della comunità di riferimento e-Health Ticino.

Tramite la presente richiesta, è possibile richiedere:

- la modifica di informazioni mancanti o errate di una struttura sanitaria esistente.

La richiesta deve essere presentata dal rappresentante della struttura sanitaria affiliata alla comunità di riferimento e-Health Ticino. Nel caso la struttura sanitaria non facesse ancora parte della comunità di riferimento e-Health Ticino, è possibile richiederne l'affiliazione scrivendo all'Associazione e-Health Ticino.

La presente richiesta, debitamente compilata, può essere inviata per e-mail o per posta ai seguenti indirizzi:

Indirizzo e-mail: info@ehiti.ch

Indirizzo postale: Associazione e-Health Ticino
c/o Ufficio del medico cantonale
Via Dogana 16
CH - 6501 Bellinzona

Siamo a disposizione per qualsiasi domanda relativa alla richiesta di modifica.

Telefono: +41 (0)91 814 40 07
Indirizzo e-mail: info@ehiti.ch
Web: www.ehiti.ch

T321

1. Richiesta di modifica di informazioni concernenti una struttura sanitaria

Per comunicarci la richiesta di modifica, si prega di indicare le informazioni concernenti la struttura sanitaria richiedente.

Nome della struttura sanitaria richiedente:

.....

Indirizzo:

.....

.....

.....

.....

Numero OID (Object identifier):

.....

Il numero OID può essere consultato presso il sito web oid.refdata.ch

Persona di riferimento

Nome:

Cognome:

Funzione:

E-mail:

Telefono:

T321

Richiesta di modifica

Selezionare le modifiche richieste e compilare i campi corrispondenti.

	Dati attualmente registrati	Modifica richiesta
<input type="checkbox"/> Nome della struttura sanitaria
<input type="checkbox"/> Indirizzo della struttura sanitaria
<input type="checkbox"/> Telefono:
<input type="checkbox"/> Indirizzo e-mail:
<input type="checkbox"/> Numero OID:
<input type="checkbox"/> Tipo di organizzazione ¹ :		

Dati attualmente registrati:

Modifica richiesta:

<input type="checkbox"/> Istituto di diagnostica medica	<input type="checkbox"/> Servizio di pronto soccorso e di salvataggio	<input type="checkbox"/> Autorità sanitaria
<input type="checkbox"/> Servizio di assistenza e cura a domicilio	<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Servizio di medicina militare
<input type="checkbox"/> Struttura sanitaria in uno stabilimento carcerario	<input type="checkbox"/> Casa di cura / Casa per anziani	<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Struttura ambulatoriale / Studio medico	<input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione stazionaria	<input type="checkbox"/> Domicilio del paziente
<input type="checkbox"/> Centro di telemedicina	<input type="checkbox"/> Altre organizzazioni sanitarie	

¹ Le categorie sono definite al punto 2.3 dell'allegato 3 dell'OCIP-DFI e si basano sulla terminologia SNOMED CT.

T321

Dati attualmente registrati

Modifica richiesta

Informazioni della persona di riferimento

Nome:

Cognome:

Funzione:

Telefono:

Indirizzo e-mail:

Numero GLN:

Il Rappresentante dell'organizzazione:

LUOGO e DATA: _____

NOME e COGNOME:

FIRMA:
