

S020

Dichiarazione di consenso per l'apertura di una cartella informatizzata del paziente

La preghiamo di riempire i seguenti campi con le sue informazioni personali. Esse devono corrispondere a quanto riportato sul suo documento d'identità.

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____ Sesso: femmina maschio

Via e numero: _____

NPA e località: _____

Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

Numero del documento d'identità: _____
(Allegare una fotocopia solo per la procedura via posta (*))

Tipo di documento: _____

Documento valido fino al: _____

Nazionalità: _____

Tipo e numero permesso di soggiorno _____
(Solo per cittadini stranieri)

Permesso valido fino al: _____

Numero AVS: _____ . _____ . _____ . _____

(Il n. AVS si trova sulla parte frontale della propria tessera di cassa malati di base o direttamente sul certificato di AVS/AI ufficiale)

Medico di famiglia: _____
(facoltativo)

Do il mio consenso all'associazione e-Health Ticino per l'utilizzo del mio indirizzo e-mail allo scopo di ricevere informazioni nell'ambito della cartella informatizzata del paziente. Il mio indirizzo non verrà ceduto a terzi o utilizzato a fini di marketing.

S020

Possiedo già una CIP presso un'altra comunità riferimento; autorizzo eHTI a procedere con il cambio di comunità della mia cartella (allegare documento T021 Dichiarazione di consenso per il cambio di comunità)

_____ (indicare presso quale comunità di riferimento)

Impostazioni iniziali (possono essere modificate in seguito direttamente sulla piattaforma):

Si prega di scegliere quali notifiche si desidera ricevere:



Accesso di emergenza:

- SMS
- E-mail

I professionisti della salute senza diritti d'accesso possono consultare la Sua CIP solo in situazioni di emergenza. Le viene inviata una notifica in caso di accesso d'emergenza.



Cambiamenti nei gruppi autorizzati (facoltativo):

- SMS
- E-mail

Può decidere di essere informato ogni volta che un nuovo professionista della salute entra a far parte di un gruppo di professionisti cui Lei ha accordato il diritto di accedere alla Sua CIP.

Con la presente accetto che gli operatori sanitari affiliati alla comunità di riferimento e-Health Ticino possano trasferire i dati rilevanti per le mie cure nella mia cartella informatizzata del paziente

Accetto che gli operatori sanitari da me autorizzati abbiano la possibilità di visualizzare, di trattare e di archiviare nel proprio sistema i miei dati sanitari rilevanti in conformità con la legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP).

Confermo di aver ricevuto il documento "Informazioni per l'apertura di una cartella informatizzata del paziente" e di avere preso atto del suo contenuto. Sono a conoscenza dello scopo e delle modalità di funzionamento della cartella informatizzata del paziente, nonché dei miei diritti in merito.

Secondo la legge federale sulla protezione dei dati ho pieno diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati.

Apponendo la firma in calce al presente modulo, dichiaro di aver letto l'informativa Privacy sulla Cartella Informatizzata del Paziente e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate nella stessa.

Apponendo la mia firma nello spazio sottostante, acconsento all'apertura di una cartella informatizzata del paziente ai sensi della LCIP.

Luogo e data:

Firma:

S020

Nel caso di una sottoscrizione via posta, il presente documento va ritornato firmato a: Associazione e-Health Ticino, Via Dogana 16 – 6501 Bellinzona allegando una copia di un documento d'identità valido e del permesso di soggiorno (quest'ultimo solo per cittadini stranieri).

Se necessario, firma del rappresentante legale:

(allegare una certificazione del rapporto di rappresentanza, per i genitori: copia del Libretto di famiglia o copia della Dichiarazione dell'autorità parentale congiunta o Autocertificazione per i detentori dell'autorità parentale / per curatori: certificazione emessa dall'autorità regionale di protezione (ARP) del Cantone di riferimento)

Nome: _____

Cognome: _____

Via e numero: _____

NPA e località: _____

Nazione: _____

Durata rappresentanza legale Durata indefinita o a scadenza

Nel caso di cessazione del rapporto di rappresentanza, il paziente (capace di discernimento) o un suo rappresentante informano per iscritto tempestivamente l'associazione con un preavviso di 30 giorni.

Rappresentanza di un minorenni

Con il compimento del 16° anno di età il minorenni diventa proprietario della propria cartella. Un eventuale rappresentanza volontaria è da richiedere dal paziente stesso.

Nel caso in cui un parente perde il diritto di custodia del minorenni va informata per iscritto eHTI, allegando il documento che ne attesta l'aggiornamento di autorità parentale.

Firma: _____

Contatto

In caso di domande sulla piattaforma informatica per l'utilizzo della CIP:

Tel.: 0848 273 484

e-mail: supporto@ehiti.ch

In caso di domande generali sul progetto:

e-mail: info@ehiti.ch