

Modulo di ricovero ospedaliero per pazienti

Etichetta del paziente

Tipo di ammissione

- ambulante stazionaria ambulante diurna in clinica (semi-stazionaria)

RICHIESTA DALLA SEGUENTE CLINICA

DATA INGRESSO/RICOVERO

ORA INGRESSO/RICOVERO

Informazioni generali

Dati personali

NUMERO DELL'ASSICURAZIONE SOCIALE/NUMERO AVS

TESSERA ASSICURATO NR.

COGNOME

NOME

NOME DA CELIBE/NUBILE

DATA DI NASCITA

SESSO femm. maschile

LUOGO DI PROVENIENZA/CANTONE

PROFESSIONE

LINGUA

NAZIONALITÀ

PERMESSO DI SOGGIORNO

RELIGIONE/CONFESSIONE Protestante Cattolico-romana Altro:

STATO CIVILE celibe/nubile coniugato/a concubinato registrato separato/a divorziato/a vedovo/a

Domicilio fiscale/indirizzo del domicilio

VIA/NUMERO CIVICO

NPA/LUOGO

CANTONE/PAESE

TELEFONO

CELLULARE

E-MAIL

Altro domicilio/soggiornante settimanale

DOMICILIO PRESSO

VIA/NUMERO CIVICO

NPA/LUOGO

CANTONE/PAESE

TELEFONO

CELLULARE

E-MAIL

Datore di lavoro

NOME

TELEFONO /CELLULARE

VIA/NUMERO CIVICO

NPA/LUOGO

CANTONE/PAESE

Referente

coniuge concubino registrato madre/padre fratello o sorella altro:

COGNOME

NOME

TÉLEFONO/CELLULARE

VIA/NUMERO CIVICO

NPA/LUOGO

CANTONE/PAESE

Raccolta di informazioni presso i medici curanti e il personale paramedico

Il paziente/la paziente acconsente che l'Ospedale Universitario di Zurigo (USZ) raccolga attraverso i medici curanti e il restante personale medico le informazioni necessarie per lo svolgimento dei trattamenti medici e si manleva in tal caso del proprio obbligo di riservatezza professionale.

sì no

COGNOME

NOME

Il ricovero ospedaliero avviene causa

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> malattia | <input type="checkbox"/> maternità |
| <input type="checkbox"/> infortunio/incidente | <input type="checkbox"/> perizia assicurativa |
| <input type="checkbox"/> infermità congenite | <input type="checkbox"/> malattia professionale |

Informazioni sull'assicurazione

Copertura assicurativa

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> generale nel Cantone di domicilio | <input type="checkbox"/> paziente pagante personalmente |
| <input type="checkbox"/> generale in tutta la Svizzera | |
| <input type="checkbox"/> semi-privata | |
| <input type="checkbox"/> privata | |

TRATTAMENTO DESIDERATO

- in comune
 semi-privato
 privato

Assicurazione di base

NOME DELL'ENTE ASSICURATIVO/LUOGO

Assicurazione complementare

NOME DELL'ENTE ASSICURATIVO/LUOGO NUMERO DI POLIZZA

ESCLUSIONI

Assicurazione infortuni/invalidità/militare

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni | <input type="checkbox"/> Assicurazione militare |
| <input type="checkbox"/> Assicurazione invalidità | |

NOME DELL'ENTE ASSICURATIVO/LUOGO NUMERO DI POLIZZA

NUMERO DELL'INFORTUNIO NUMERO DELL'IMPRESA

LUOGO DELL'INFORTUNIO DATA DELL'INFORTUNIO

NUMERO DISPOSIZIONE AI

Nome/indirizzo del medico di famiglia

NOME TELEFONO/CELLULARE

VIA/NUMERO CIVICO NPA/LUOGO

Nome/indirizzo del medico richiedente il ricovero

NOME TELEFONO/CELLULARE

VIA/NUMERO CIVICO NPA/LUOGO

Lei è già stato/a ricoverato/a in passato presso l'Ospedale Universitario di Zurigo?

- no sì, in quale clinica?

Indirizzo diverso per la fattura

COGNOME NOME

VIA/NUMERO CIVICO NPA/LUOGO

Informazioni sul ricovero

L'Ospedale Universitario di Zurigo è, ai sensi del § 24 dell' «Ordinanza fiscale dell'Ospedale Universitario di Zurigo del 25/03/2009», obbligato a controllare i dati personali all'atto del ricovero.

Per questo, sono necessari:

- una carta d'identità, un passaporto, oppure un certificato di deposito della documentazione, disponibile presso le autorità di controllo locali per i cittadini. Gli stranieri possono presentare il loro documento d'identità straniero.
- la tessera di assicurato della compagnia assicurativa (assicurazione malattia, assicurazione infortuni, IV ecc.).
- la richiesta scritta della clinica oppure i documenti corrispondenti del proprio medico richiedente il ricovero.
- il presente modulo di ricovero compilato e firmato.

Assunzione dei costi

Il paziente/la paziente prende conoscenza di essere debitore/debitrice nei riguardi dell'Ospedale Universitario di Zurigo, per il trattamento desiderato. Egli/Ella conferma di conoscere il volume della sua copertura assicurativa; l'USZ non ha alcun obbligo di spiegazione. Qualora avvenissero spiegazioni condiscendenti da parte dell'USZ e dovessero non esservi garanzie complete per i costi e/o assunzione dei costi da parte di un ente assicurativo (assicurazione/Cantone), le spese saranno fatturate al paziente/alla paziente. Il paziente/la paziente non può successivamente rivendicare di essersi confuso/a o di avere valutato erroneamente la copertura assicurativa. L'USZ è autorizzato a richiedere al/alla paziente, in caso di garanzie insufficienti per le spese mediche, di effettuare un deposito in merito alle spese previste per il trattamento medico.

Il paziente/la paziente dichiara, tramite la sua sottoscrizione, la correttezza dei dati forniti. Inoltre, egli/ella autorizza la successiva trasmissione dei suoi dati personali allo scopo dell'assicurazione per i costi ed eventualmente delle garanzie personali, agli uffici competenti (es. cassa-malati, Servizio sociale). La trasmissione dei dati avviene in considerazione degli obblighi di legge sulla tutela dei dati.

Ricerca

Autorizzo lo sfruttamento dei miei dati medici per progetti futuri nella ricerca e nella formazione. In caso di trasmissione dei miei dati a terzi, sarà garantita in ogni caso la mia anonimità. Posso revocare il consenso in qualsiasi momento.

- sì no

Luogo

Data

Firma del paziente
o del suo rappresentante legale

Ospedale Universitario di Zurigo
Direzione Finanze
Rämistrasse 100
8091 Zurigo
Telefono: +41 (0)44 255 11 11
www.usz.ch