



## 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
Indirizzo 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" allegato. 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 facilitarne 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).





## INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Qui di seguito la informiamo sulle finalità per le quali lo studio di psicologia sopraindicato (di seguito detto "studio di psicologia") raccoglie, salva e trasmette i suoi dati personali. Inoltre, la informiamo sui diritti che le spettano nell'ambito della protezione dei dati.

**Responsabilità** Il soggetto responsabile del trattamento dei suoi dati personali e in particolare dei suoi dati sanitari è lo studio di psicologia. Per chiarimenti concernenti la protezione dei dati o se desidera esercitare i suoi diritti in materia di protezione dei dati, la preghiamo di rivolgersi alla sua psicologa/al suo psicologo o al personale dello studio di psicologia.

**Raccolta dei dati e finalità del trattamento** Il trattamento dei suoi dati (raccolta, salvataggio, utilizzo e conservazione) avviene sulla base del contratto di cura e delle norme di legge in materia di adempimento delle finalità del trattamento, nonché dei relativi obblighi. La raccolta dei dati viene effettuata da un lato dalla psicologa/dallo psicologo curante nell'ambito delle cure. Dall'altro lato, noi riceviamo dati anche da altri operatori sanitari presso i quali lei è o è stato/a in cura e ai quali abbia dato il relativo consenso. Nella sua cartella del paziente verranno trattati solo i dati relativi al trattamento medico. Essa comprende i dati personali forniti nel modulo per il paziente come dati anagrafici, recapiti e dati assicurativi nonché, tra l'altro, il colloquio informativo svolto nell'ambito del trattamento medico e i dati sanitari raccolti, come anamnesi, diagnosi, proposte terapeutiche e referti.

**Durata della conservazione** La sua cartella verrà conservata per 10 o 20 anni dall'ultimo trattamento medico in base alle disposizioni cantonali. Trascorso tale periodo, verrà conservata solo con il suo esplicito consenso oppure verrà cancellata o distrutta in modo sicuro.

**Trasmissione dei dati** I suoi dati personali e in particolare i suoi dati personali degni di particolare protezione vengono da noi trasmessi a terzi esterni solo se ciò è consentito o richiesto dalla legge oppure se lei ha dato il suo consenso alla trasmissione dei dati nell'ambito del suo trattamento medico.

- La trasmissione alla sua assicurazione malattia oppure all'assicurazione infortuni o di invalidità avviene per finalità legate alla fatturazione delle prestazioni che le sono state erogate. Il tipo di dati trasmessi si basa su quanto previsto dalla legge.
- La trasmissione dei dati del paziente necessari e della fattura all'agenzia di recupero crediti avviene per finalità legate all'incasso (riscossione di crediti esigibili).

Nel singolo caso, secondo il suo trattamento medico e il relativo consenso concesso, i dati possono essere trasmessi a ulteriori soggetti legittimati a riceverli (ad es. medico).

**Revoca del consenso** Se ha già dato il suo espresso consenso a un determinato trattamento dei dati, lo può revocare interamente o parzialmente in qualsiasi momento. La richiesta di revoca o modifica del consenso deve essere presentata per iscritto. Una volta ricevuta la sua revoca scritta e qualora non sussistano altri fondamenti per il trattamento eccetto il suo consenso, il trattamento verrà interrotto. La revoca non inficia la legittimità del trattamento dei dati effettuato fino al momento della revoca.

**Diritto di informazione, visione e consegna** Lei ha in qualsiasi momento il diritto di ottenere informazioni sui suoi dati personali. Può inoltre prendere visione della sua cartella o richiedermi una



copia. La consegna della copia nei limiti previsti dalla Legge sulla protezione dei dati può prevedere il pagamento di una tariffa. Gli eventuali costi derivanti dalla creazione di una copia della cartella le saranno comunicati preventivamente.

**Diritto alla consegna o trasmissione dei dati** Lei ha il diritto di richiedere la consegna o trasmissione, a lei personalmente o a terzi, dei dati che noi trattiamo in modo automatizzato o digitale in un formato comune e leggibile da una macchina. Ciò vale in particolare per la trasmissione di dati del paziente a un operatore sanitario da lei indicato. Nella misura in cui lei richieda la trasmissione dei dati a un altro responsabile, la trasmissione verrà effettuata se tecnicamente fattibile.

**Correzione dei suoi dati** Se dovesse constatare o ritenere che i suoi dati non siano corretti o siano incompleti, ha la possibilità di richiederne la correzione. Qualora non sia possibile stabilire né l'esattezza né l'incompletezza dei suoi dati, ha la possibilità di richiedere l'inserimento di una menzione del carattere contestato.