



MERIAN ISELIN

Klinik für Orthopädie  
und Chirurgie

# Questionario all'ammissione in ospedale

Accettazione pazienti, T +41 61 305 11 22  
aufnahme@merianiselin.ch

## Leggere fronte e retro!

Data del ricovero: \_\_\_\_\_ Motivo dell'invio in clinica:  Malattia  Infortunio

Medico curante: \_\_\_\_\_

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Via/Numero: \_\_\_\_\_

NPA/Luogo di residenza (comune fiscale <sup>1)</sup>): \_\_\_\_\_

Telefono (privato): \_\_\_\_\_ Telefono mobile: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefono (lavoro): \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschio  Femmina \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Stato civile:  Celibe/nubile  Coniugato/a  Vedovo/a  Divorziato/a  Separato/a  Unione dom. reg.

Confessione:  Nessuna  Rif./prot./evang.  Catt. rom.  Catt. crist.  Musulmana  Ebraica  Altro

Numero AVS (vedere la tessera d'assicurato): \_\_\_\_\_

Persona di contatto <sup>2)</sup> (cognome/nome): \_\_\_\_\_

Telefono/Telefono mobile: \_\_\_\_\_

Datore di lavoro: \_\_\_\_\_

NPA/Località: \_\_\_\_\_

*L'assicurazione malattie va indicata obbligatoriamente, anche in caso d'infortuni!*

Assicurazione malattie (nome/n. ass.): \_\_\_\_\_

Tessera n. (vedere la tessera d'assicurato): \_\_\_\_\_

Assicurazione complementare malattia (nome/n. ass.): \_\_\_\_\_

Tessera n. (vedere la tessera d'assicurato): \_\_\_\_\_

Classe assicurativa per malattia:  Privata  Semiprivata  Generale tutta la Svizzera  Generale cantone di residenza  
Assicurazione flex:  Flex privata  Flex semiprivata  Flex generale

Assicurazione infortuni (nome/n. infortunio): \_\_\_\_\_

Assicurazione complementare infortuni (nome/n. infortunio): \_\_\_\_\_

Data infortunio: \_\_\_\_\_ Classe assicurativa per infortunio:  Privata  Semiprivata  Generale

*L'infortunio dev'essere notificato immediatamente all'assicurazione contro gli infortuni o all'assicurazione malattie!*

<sup>1)</sup> Il comune fiscale è determinante per una corretta fatturazione.

<sup>2)</sup> La persona di contatto può essere informata dalla clinica sul Suo trattamento.

# Informazioni importanti per i/le pazienti

## Regolamento tariffario e chiarimento dell'assunzione dei costi

---

La clinica Le ha consegnato il regolamento tariffario in vigore. Con la Sua firma, conferma di averne preso visione e di accettarlo. Inoltre, apponendo la Sua firma conferma di conoscere l'entità della Sua protezione assicurativa e di aver chiarito l'assunzione dei costi per l'intervento programmato con l'assicurazione malattie o con l'assicurazione infortuni responsabile. La clinica si riserva il diritto di posticipare l'intervento programmato con breve preavviso senza alcuna conseguenza finanziaria per la clinica, qualora prima del ricovero non sia disponibile una garanzia di assunzione dei costi da parte di un ente assicuratore o un sufficiente pagamento anticipato.

## Assunzione dei costi da parte del/della paziente

---

I costi che non sono coperti dalla garanzia di assunzione dei costi della Sua assicurazione malattie o assicurazione contro gli infortuni Le saranno addebitati. I costi che potrebbero dover esserle addebitati possono ammontare a diverse migliaia di franchi. Nei confronti della clinica Lei è l'unico responsabile per il saldo della fattura della clinica.

## Fatturazione

---

Le prestazioni obbligatorie vengono regolate direttamente con il Suo assicuratore. Su richiesta, saremo lieti di inviarle una copia della fattura. Il termine di pagamento indicato in fattura coincide anche con il termine di ricorso. Firmando il presente formulario, Lei prende atto che allo scadere del termine di ricorso la fattura è giuridicamente vincolante. In caso di controversie si applica il diritto svizzero. Il foro competente è Basilea Città.

## Dispensa dal segreto professionale medico / Informazioni a terzi

---

Con la sua firma, autorizza la Clinica Merian Iselin e i medici curanti a trasmettere i Suoi dati personali e sanitari a terzi (ad es. medici, assicuratori, autorità), tra l'altro per valutare l'obbligo di prestazione, e al riguardo li esonera dal segreto professionale medico. Se lo desidera espressamente (dichiarazione qui di seguito), i dati sanitari saranno trasmessi solo al servizio medico di fiducia della Sua assicurazione malattie o assicurazione contro gli infortuni.

Inoltre, Lei acconsente che il Suo medico inviante ed eventualmente altri medici coinvolti nel Suo trattamento ricevano un rapporto sul trattamento attuale.

Le persone di contatto da Lei indicate possono essere informate dalla clinica in merito al trattamento.

La clinica ha bisogno dell'indirizzo di residenza valido (presso il quale è registrato) al momento della Sua degenza in clinica. Qualsiasi cambiamento di indirizzo deve essere notificato immediatamente alla clinica. Se necessario, la clinica è autorizzata a ottenere informazioni dalle autorità.

Desidero che i dati sanitari siano trasmessi solo al servizio medico di fiducia della mia assicurazione malattie o assicurazione contro gli infortuni.

## Altre indicazioni

---

In caso di smarrimento o di furto di denaro contante o di oggetti di valore che Le appartengono, la clinica non può assumersi alcuna responsabilità.

La clinica declina ogni responsabilità in caso di inosservanza delle istruzioni mediche o infermieristiche.

## Informazioni sulla Clinica Merian Iselin

---

È interessato a ricevere la nostra newsletter via e-mail?

Sì, sono interessato.

No, non sono interessato.

## Correttezza delle informazioni

---

Con la Sua firma, dichiara che le informazioni fornite alla clinica sono corrette e complete.

**Località/Data:**

**Firma:**

Per i minori (fino al compimento del 18° compleanno) abbiamo bisogno della firma del detentore dell'autorità parentale.