



TCS Libretto protezione d'emergenza

Liberazione dal segreto medico

La preghiamo di compilare tutte le voci in stampatello e restituirci il formulario debitamente completato, datato e firmato.

TAS Assicurazioni SA
Ch. de Blandonnet 4
Casella postale 820
1214 Vernier

Tel. : +41 58 827 63 93
libretto.urgenza@tcs.ch
www.tcs.ch

N° beneficiario:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dati personali del titolare

Nome: Cognome:
Via, n°: CAP, Località:
Data di nascita: Telefono:

Dati personali della persona malata/infortunata (da compilare da parte del titolare)

Nome:
Cognome:
Data di nascita:

Con la sua firma, il titolare autorizza il TCS rispettivamente TAS Assicurazioni SA ed il suo medico di fiducia a richiedere altre informazioni necessarie per il trattamento della pratica, liberando dal segreto medico i medici curanti ed il medico di fiducia incaricato da TAS Assicurazioni SA.

Luogo e data: Firma del titolare:

Se la persona malata o infortunata è diversa dal titolare, essa stessa dovrà dare il proprio consenso per liberare i medici curanti ed il medico di fiducia incaricato dal TAS Assicurazioni SA dal segreto medico.

Luogo e data: Firma del paziente:

Rapporto medico

Questo rapporto va completato da parte del medico curante a seguito di un trasporto d'urgenza o di una limitazione di mobilità.

Malattia Infortunio

Scegliere la casella corrispondente

Anamnesi con data della comparsa dei sintomi:

.....

Diagnosi:

.....

Si tratta di una recidiva di una malattia cronica/preesistente? Sì No

Se sì, data dell'ultimo trattamento:

Si tratta di un aggravamento di una malattia cronica/preesistente? Sì No

Trasporto d'urgenza

Data del trasporto d'urgenza:

Tipo d'intervento primario: P1 P2

La preghiamo di trasmettere la lettera di dimissioni / il rapporto dell'ospedale

Copertura mobilità

Data del ricovero ospedaliero o ammissione al ricovero d'urgenza:

Data alla quale il ricovero ospedaliero è stato deciso:

Data di uscita:.....

È stata effettuata un'operazione? Sì No

Se sì, data dell'operazione:

Data alla quale l'operazione è stata decisa:.....

La preghiamo di trasmettere la lettera di dimissioni / il rapporto dell'ospedale

In seguito al ricovero ospedaliero o al ricovero d'urgenza, la mobilità del paziente è limitata (non è in grado di effettuare spostamenti essenziali e utili con i mezzi di locomozione abituali)?

Si No

Se sì, qual è la durata di questa limitazione?