

Dati di emergenza per la CIP

Compilate il presente modulo nel modo più completo possibile e archiviatelo nella vostra cartella informatizzata del paziente. Sostituitelo nella CIP (salvare nuova versione, cancellare la vecchia versione) se cambiano i dati.

1. Dati del paziente

Appellativo	
Nome	
Nome	
Data di nascita	
Sesso	
Indirizzo (via, n.)	
NPA, località	
Paese	
Numero AVS (Nota: il numero AVS è composto da 13 cifre)	-----
Nazionalità	
Numero di cellulare	
Numero di telefono di rete fissa	
Indirizzo e-mail	
Professione attuale	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Nome dell'assicurazione contro gli infortuni professionali presso il datore di lavoro	
Nome e indirizzo della cassa malati	

Post Sanela Health SA

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zurigo
+41 44 272 08 08 | info@post-sanela.ch | www.post-sanela.ch

Numero TESSERA d'assicurato	
-----------------------------	--

2. Contatto di emergenza

(Potete indicare altri contatti di emergenza alla fine del modulo)

Relazione (ad es. padre, figlia, moglie, medico, assistente sociale ecc.)	
Quale potere decisionale ha questo contatto di emergenza?	
Dove è documentato questo potere decisionale?	
Appellativo	
Nome	
Nome	
Indirizzo (via, n.)	
NPA, località	
Paese	
Numero di cellulare	
Numero di telefono di rete fissa	
Numero di telefono ufficio	
Indirizzo e-mail	
Osservazioni	

3. Professionista della salute curante

(Potete indicare altri responsabili di trattamenti alla fine del modulo)

Ruolo (ad es. medico di famiglia, medico specialista, terapeuta, Spitex ecc.)	
Specializzazione, area di specializzazione, titolo di medico specialista	
Appellativo	
Nome	
Nome	
Indirizzo (via, n.)	
NPA, località	
Paese	
Numero di cellulare	
Numero di telefono di rete fissa	
Numero di telefono ufficio	
Indirizzo e-mail	
Osservazioni	

4. Gruppo sanguigno

Gruppo sanguigno e fattore Rh	
-------------------------------	--

5. Allergie o intolleranze

(Potete indicare altre voci alla fine del modulo)

Denominazione dell'allergia o dell'intolleranza	
Descrizione della reazione in caso di insorgenza di allergia o intolleranza	
Osservazioni	
Ci sono altri documenti nella CIP relativi a questa allergia o intolleranza?	

6. Fattori di rischio

come ad es. epatite B o C; HIV; batteri multiresistenti; tubercolosi e simili
(Potete indicare altre voci alla fine del modulo)

Titolo e descrizione	
Ci sono altri documenti nella CIP su questo fattore di rischio?	

7. Malattie e conseguenze di infortuni

(Potete indicare altre voci alla fine del modulo)

Titolo e descrizione	
Nella CIP esistono altri documenti relativi a questa malattia o conseguenza dell'infortunio?	

8. Certificati sanitari

Post Sanela Health SA

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zurigo
+41 44 272 08 08 | info@post-sanela.ch | www.post-sanela.ch

Ci sono certificati sanitari nella vostra CIP (ad es. prescrizione di occhiali da vista, tessera di donatore di organi, tessera di donatore di sangue, dati delle vaccinazioni, ecc.)?	
--	--

9. Testamento biologico

Nella vostra CIP sono presenti le direttive del paziente?	
---	--

10. Altre osservazioni

Quali informazioni importanti sulla salute sono inoltre presenti sulla vostra persona?	
--	--