

L'art. 6 cpv. 3 e 4 della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, LSan) recita:

³Il paziente ha la facoltà, previa domanda scritta e nei limiti di tempo stabiliti all'art. 67 cpv. 4, di consultare presso ogni operatore sanitario, servizio o altra struttura sanitaria la parte oggettiva della cartella sanitaria e gli altri documenti sanitari oggettivi che lo concernono come pure di ottenerne una copia. (...)*

⁴L'operatore sanitario non è tenuto a portare a conoscenza o a mettere a disposizione del paziente le informazioni sanitarie pervenutegli da parte di terzi (ad esclusione dei dati oggettivi di analisi di laboratorio, di accertamenti radiologici o altri) nonché le osservazioni personali. (...)

(*La cartella e gli altri documenti sanitari devono essere conservati per almeno dieci anni dalla conclusione del trattamento).

La legge stabilisce che la richiesta venga presentata in forma scritta dal paziente stesso allegando fotocopia del documento di identità, questa può essere consegnata presso la ricezione dell'Ospedale o inoltrata via posta o fax al numero 091 611 37 01. La richiesta da parte di terzi è possibile unicamente previa presentazione di una procura autenticata in forma scritta

Il costo del servizio è pari a CHF 30.00 per le copie ritirate presso la ricezione, cui vanno aggiunti CHF 20.00 nel caso di spedizione al domicilio.

Per il paziente: da compilare in tutti i suoi campi. Richieste incomplete NON verranno evase.

Il sottoscritto:

Cognome e nome: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ NAP e luogo: _____

Recapito telefonico: _____

Richiede copia della propria cartella clinica della degenza ospedaliera dal _____ al _____

per la quale pagherò l'importo di CHF 30.00 a contanti il giorno che la ritirerò personalmente presso la vostra ricezione

oppure

che dovrà essere inviata via posta al seguente indirizzo (se diverso da quello riportato sopra) con allegata fattura di CHF 50.00

Cognome e nome: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ NAP e luogo: _____

Luogo e data

Firma del paziente