



Inviare per e-mail copia **datata e firmata** a: [info@vorsorge-gr.ch](mailto:info@vorsorge-gr.ch)

**Controlli i dati di questo modulo. Corregga e/o aggiunga i dati errati o mancanti e firmi il modulo.**

Cognome: \_\_\_\_\_  
Cognome prima del matrimonio: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Numero di telefono: \_\_\_\_\_  
Numero di cellulare: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
N.AVS.: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Statura e peso: \_\_\_\_\_

Assicurazione: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Numero d'assicurato: \_\_\_\_\_

Medico curante/inviante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gastroenterologo: \_\_\_\_\_ Timbro del gastroenterologo: \_\_\_\_\_

**(Questo modulo va inviato all'occorrenza al laboratorio di patologia)**

**Consenso al trattamento e alla trasmissione dei dati relativi alla partecipazione al programma cantonale di screening.  
Solo con il Suo completo consenso è possibile partecipare al programma di prevenzione.**

Con la mia firma

- Confermo di essere stata/o informata/o sullo svolgimento degli esami di diagnosi precoce, sui loro vantaggi e limiti. Queste informazioni mi sono state date in un colloquio con un medico specialista o le ho lette nella documentazione scritta del programma di screening.
- Confermo di essere stato informato sulla partecipazione ai costi
- Dichiaro il mio consenso alla raccolta e all'archiviazione dei miei dati medici in formato elettronico e/o cartaceo e allo scambio di questi dati tra specialisti nell'ambito dell'esame di diagnosi precoce. Questi dati possono essere trasmessi per posta e/o elettronicamente nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati;
- Dichiaro il mio consenso alla trasmissione dei risultati dei miei esami in formato elettronico e/o cartaceo ai medici/specialisti coinvolti;
- Dichiaro il mio consenso al confronto dei miei dati medici con quelli del registro cantonale dei tumori;
- Dichiaro il mio consenso alla trasmissione della mia cartella clinica completa concernente il programma di screening al programma di diagnosi precoce nel mio nuovo Cantone di residenza;
- Dichiaro il mio consenso alla notifica dei risultati di un eventuale esame complementare/accertamento al programma di screening.
- Dichiaro il mio consenso all'utilizzo dei miei dati in forma anonima per scopi statistici e scientifici nel quadro del miglioramento continuo della qualità del programma di screening.



Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

