

MODULO STATO DI SALUTE PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO

(visite, accertamenti, terapie etc.)

**DA COMPILARE - IN CASO DI PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO –
DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA (visite, accertamenti,
terapie etc.)**

DATI DEL MEDICO	
Cognome _____	Nome _____
Specializzazione _____	
Tel.: _____	Fax.: _____

**NOME E COGNOME DEL PAZIENTE TITOLARE O
BENEFICIARIO (SE DIVERSO DAL TITOLARE):** _____

PRESTAZIONE DA EFFETTUARE: _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA E REMOTA

Notizie sulla patologia oggetto della prestazione da eseguire specificando data insorgenza della patologia e/o della sintomatologia, gli eventuali esami già eseguiti con referti e le eventuali terapie mediche, farmacologiche, chirurgiche eseguite:

Data ____/____/____

Firma timbro Medico _____

Firma del Titolare o del
Beneficiario maggiorenne (se
diverso dal Titolare) _____

Informativa Privacy

Gentile Interessato, Le ricordiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avviene in base al consenso da Lei già manifestato in relazione all'informativa resa al momento della Sua richiesta di presa in carico ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016. La società Health Assistance Società Cooperativa opera quale Responsabile del Trattamento, delegato da Titolari autonomi (Mutue, Casse, Fondi di Assistenza, Compagnie di Assicurazione). Qualora lo desidera, potrà consultare nuovamente l'informativa estesa presente sul sito internet istituzionale, nonché nella Sua Area riservata (accesso con credenziali da sito www.healthassistance.it – Area Riservata Assistiti) nella sezione “Documenti”.

Mod. 08.5 – AC Rev. 3 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK2 Privacy del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com