

## Questionario sulla salute

### Dati personali (\*obbligatorio)

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP | Luogo

Data di nascita

Numero di riferimento

Tel. (durante il giorno)\*

Tel. cellulare

E-mail

Assicurazione\*

N° AVS

L'esito dell'esame sarà comunicato per posta a Lei ed alla Sua ginecologa al Suo ginecologo, entro 8 giorni

### Dati di contatto del Suo ginecologo

Cognome, Nome

CAP | Luogo

### Si prega di inviare i risultati anche al mio medico di famiglia

Cognome, Nome

CAP | Luogo

## IMPORTANTE – Dichiarazione di consenso

Con la presente esprimo il mio consenso informato a partecipare al programma:

- confermo di essere stata informata sullo scopo e sul funzionamento della prevenzione e dello screening, così come sui loro vantaggi e limiti.
- confermo di aver compreso che l'esame viene fatturato a un importo fisso e senza franchigia e che viene addebitata solo una quota massima di CHF 20.– viene addebitata. Non riceverò quindi una copia automatica della fattura. Se desidero comunque riceverne una, contatto il centro programmi.
- autorizzo la trasmissione delle mie immagini mammografiche antecedenti e finora archiviate al medico responsabile dell'istituto di radiologia nonché ai radiologi accreditati.
- autorizzo lo scambio dei miei dati medici e anagrafici (di seguito i «dati») tra gli specialisti che partecipano allo screening, sia per posta che per e-mail criptata, nonché la raccolta e l'archiviazione dei miei dati da parte della Lega contro il cancro di Basilea (di seguito «Lega contro il cancro») nella misura assolutamente necessaria per l'attuazione del programma di screening e la garanzia di la sua qualità; inoltre, prendo atto che tali dati saranno trattati confidenzialmente.
- autorizzo lo scambio di informazioni tra il medico da me nominato e la Lega contro il cancro in quanto assolutamente necessario per la realizzazione del programma di screening e la garanzia della sua qualità.
- riconosco che la mia partecipazione al programma di screening comporterà la comunicazione della mia personale diagnosi di cancro al seno al Registro Tumori d'entrambi Basilea.
- in caso di risultato normale, autorizzo la Lega contro il cancro a comunicare una quantità minima di dati (cognome, nome, data di nascita e indirizzo) al Registro cantonale dei tumori ai fini della garanzia della qualità e ad ottenere i miei dati diagnostici personali generati tra due esami.
- riconosco che i miei dati resi anonimi possono essere utilizzati a fini statistici e per migliorare la qualità del programma.
- in caso di trasloco, autorizzo la trasmissione della mia pratica al programma di screening ufficiale del mio nuovo cantone di residenza.
- per garantire la qualità del programma di screening, autorizzo la trasmissione alla Lega contro il cancro dei risultati degli esami di controllo rilevanti per lo screening.
- confermo di essere stata informata dettagliatamente sull'utilizzo, la trasmissione e la conservazione dei miei dati, e riconosco di avere il diritto in qualsiasi momento di consultare i miei dati, di rettificarli e di oppormi al loro trattamento.

Luogo, Data

Firma

lavorativi.

–voltage p.f.–

