

Protezione dei suoi dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati personali. Le consigliamo di leggerla prima di inviarci i suoi dati personali. Trova l'Informativa qui:
www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea. Se ha delle domande in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per e-mail all'indirizzo:
AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Il sottoscritto è d'accordo a rinunciare al suo diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla sua storia clinica e autorizza i suoi medici, specialisti, dentisti, professionisti della salute, dipendenti degli ospedali e dei centri medici a rilasciare informazioni sulla sua persona ad Allianz Care, ai suoi consulenti medici, ai suoi rappresentanti ufficiali e a eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la sua situazione medica in caso di dispute (condizione soggetta a eventuali restrizioni legali applicabili).

Se il paziente è minore d'età, un genitore o il tutore deve firmare e datare questa sezione.

 Firma del paziente _____

Data / /

Abbiamo bisogno del suo consenso

In conformità con il Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR), abbiamo bisogno del suo consenso per poter trattare le sue informazioni mediche e pagare le sue spese mediche. Se non ci ha ancora fornito il suo consenso, vada alla pagina my.allianzcare.com/myhealth/login, acceda ai nostri servizi digitali MyHealth e selezioni i campi

richiesti. In alternativa, può scaricare il Modulo di consenso, disponibile alla pagina www.allianzcare.com/it/consent-form. Una copia cartacea è disponibile su richiesta. Noti bene: ogni assicurato coperto dalla sua polizza dai 18 anni in su deve fornire il proprio consenso.

2 Dati del trattamento - Da completarsi a cura del medico

Se per il paziente sono necessari trattamenti aggiuntivi oltre a quelli indicati in questa richiesta, Allianz Care deve esserne informata al più presto.

Le fatture devono essere inoltrate ad Allianz Care entro e non oltre 60 giorni dalla dimissione del paziente dall'ospedale, eccetto quando vigano accordi speciali tra l'ospedale ed Allianz Care.

Patologia

Descrizione della patologia e dei sintomi

Causa sottostante (se conosciuta)

In che data la condizione medica è stata diagnosticata per la prima volta? / /

In che data il paziente si è presentato da Lei con la presente condizione medica? / /

In che data questi sintomi sono stati evidenti al paziente per la prima volta? / /

Diagnosi (se non ancora confermata, indichi la diagnosi provvisoria)

ICD9/10 DSM-IV DRG

Per i casi di maternità

Data in cui la gravidanza è stata confermata dal medico / /

Data del parto prevista o reale / /

Si tratta di una gravidanza semplice (un solo bambino)? Sì No

Se ha risposto no: la gravidanza è il risultato di un trattamento di riproduzione assistita? Sì No

Tipologia di parto

Trattamento

Tipico di trattamento o procedura medica pianificata

Data prevista di ammissione in ospedale / /

