

# Documentazione "trattamenti di emergenza" per i residenti di Campione d'Italia

I moduli completamente compilati sono da inviare a: [info@kvg.org](mailto:info@kvg.org) oppure [inbox.gekvg@hin.ch](mailto:inbox.gekvg@hin.ch)

## **Dati personali** secondo l'attestato di diritto (TEAM oppure tessera d'assicurato IC LAMal):

---

(possibile anche gli adesivi per pazienti)

Nome / Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_, IT – 22061, Campione d'Italia

## **Definizione di trattamento di emergenza**

---

Vi è urgenza medica quando un trattamento non può essere differito. Tale è il caso quando l'assicurato, in assenza di un trattamento immediato, deve temere danni alla salute o la morte, oppure può mettere in pericolo la salute di altre persone.

## **Conferma**

---

Confermo che la persona di cui sopra, necessita di un trattamento corrispondente al termine di emergenza sopra riportato.

Emergenza dura(va):

dal (data) \_\_\_\_\_ fino (data) \_\_\_\_\_

---

Luogo, data:

Fornitore di prestazioni (denominazione/timbro):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del personale sanitario:

Personale sanitario (titolo, nome, cognome):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_