



Formulario di richiesta | di perizia extragiudiziaria all'Ufficio perizie della FMH

I. Dati personali delle parti

Paziente

Cognome e Nome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
CAP e luogo _____
No. telefono _____
E-mail _____

Rappresentante (Se il/la paziente è incapace di discernimento o è deceduto/a, Art. 4 cpv. 3 Regolamento)

Cognome e Nome _____
Indirizzo _____
CAP e luogo _____
No. telefono _____
E-mail _____

Rappresentante legale (Art. 4 cpv. 2 Regolamento)

Cognome e Nome _____
Indirizzo _____
CAP e luogo _____
No. telefono _____
E-mail _____

Medico/i coinvolto/i¹ (medico/i indipendente/i, medico/i accreditato/i) e personale di cura

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

¹ Se la pretesa di risarcimento è rivolta direttamente contro il/i medico/i curante/i.

Assicurazione di responsabilità civile del/dei medico/i

Nome dell'assicurazione _____

Numero di riferimento _____

Cognome e Nome della persona responsabile _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Nome dell'assicurazione _____

Numero di riferimento _____

Cognome e Nome della persona responsabile _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Nome dell'assicurazione _____

Numero di riferimento _____

Cognome e Nome della persona responsabile _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Ospedale coinvolto²

Nome dell'ospedale _____

Cognome e Nome del direttore dell'ospedale _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Medico/i ospedaliero/i coinvolto/i e personale di cura

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Funzione _____

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Funzione _____

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Funzione _____

Cognome e Nome _____

Specializzazione medica _____

Funzione _____

Assicurazione di responsabilità civile dell'ospedale

Nome dell'assicurazione _____

Numero di riferimento _____

Cognome e Nome della persona responsabile _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

² Se la pretesa di risarcimento è rivolta direttamente contro l'ospedale.

II. Informazioni sulla procedura

Scelta della procedura (Art. 9 Regolamento)

- Perizia scritta
- Perizia congiunta della FMH³ (con l'accordo della controparte)

Domande concordate delle parti (facoltative, concordate con la controparte, Art. 11 Regolamento)

- Sì
- No

Proposta concordata del perito (facoltativa, concordata con la controparte, Art. 13 Regolamento)

- Sì (cfr. i dati qui sotto)
- No, perché
 - le parti non sono riuscite ad accordarsi sulla scelta di un esperto
 - o
 - le parti non ne hanno discusso

Cognome e Nome (perito principale)⁴ _____

Specializzazione medica _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

Cognome e Nome (co-perito) _____

Specializzazione medica _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

No. telefono _____

E-mail _____

³ La perizia congiunta della FMH è una procedura peritale orale.

⁴ Uno dei periti si assume la responsabilità globale (perito principale).

III. Informazioni sul/i trattamento/i da esaminare

Data/durata del/i trattamento/i da esaminare

Dati di fatto/cronistoria del trattamento/i⁵

Nota: Il testo stampato deve essere leggibile. Invii p.f. il testo che non trova spazio nel formulario con un documento separato.

⁵ È possibile, ma non obbligatorio, far riferimento agli allegati (documenti medici).

Presunzione di colpa

Nota: Il testo stampato deve essere leggibile. Invii p.f. il testo che non trova spazio nel formulario con un documento separato.

Danno alla salute dopo il/i trattamento/i

Nota: Il testo stampato deve essere leggibile. Invii p.f. il testo che non trova spazio nel formulario con un documento separato.

Stato di salute attuale / danno alla salute attuale

Nota: Il testo stampato deve essere leggibile. Invii p.f. il testo che non trova spazio nel formulario con un documento separato.

Nesso causale (rapporto tra il/i trattamento/i e il danno alla salute)

Nota: Il testo stampato deve essere leggibile. Invii p.f. il testo che non trova spazio nel formulario con un documento separato.

Stato della procedura (passi intrapresi finora)

Nota: Il testo stampato deve essere leggibile. Invii p.f. il testo che non trova spazio nel formulario con un documento separato.

Le persone seguenti sono informate sul caso (medici che hanno curato il paziente prima o dopo il trattamento causale del presunto danno)

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

CAP e luogo _____

Importante

- Ho preso atto/il mio cliente ha preso atto del Regolamento dell'Ufficio perizie extragiudiziarie della FMH del 20 giugno 2019.
- Fornirò/il mio cliente fornirà al perito o ai periti le informazioni richieste e i documenti necessari ai quali ho/ha accesso (art. 7 cpv. 1 Regolamento).
- Mi tengo/il mio cliente si tiene a disposizione per una visita medica da parte del perito o dei periti. Le spese di viaggio, gli onorari d'interpretariato e altre spese eventuali saranno a mio o a carico del mio cliente (art. 7 cpv. 2 Regolamento).
- Il sottoscritto o il mio cliente libera il/i medico/i e/o l'ospedale che ha dispensato il trattamento messo in discussione e colui/e che ha o coloro che hanno fornito delle cure antecedentemente o posteriormente al trattamento messo in discussione, dal segreto professionale per tutti i fatti in relazione con la presunta violazione del dovere di diligenza o di una colpa d'organizzazione. La liberazione vale nei confronti dell'Ufficio perizie, e di tutti i partecipanti alla procedura (art. 7 cpv. 3 Regolamento).

Luogo e data

Firma del richiedente⁶

Allegati (in duplice copia):

- Tutti i documenti medici pertinenti (in ordine di data) per la valutazione del/i trattamento/i litigioso, compreso un elenco degli allegati
- Presa di posizione materiale dell'assicurazione o delle assicurazioni

Allegati, da adattare secondo il caso (in duplice copia):

- Prova di rappresentanza (ad es. procura, certificato ereditario)
- Procura di rappresentanza legale
- Accordo dell'ospedale (Art. 3 Regolamento)
- Accordo del medico che non è membro della FMH (Art. 2 cpv. 3 Regolamento)
- Prova dell'interruzione della prescrizione / del fatto che la pretesa non sia perenta⁷

- Questioni convenute tra le parti
- Prova dell'accordo della controparte nel caso di questioni convenute tra le parti
- Prova dell'accordo della controparte per le richieste di procedura peritale congiunta
- Prova dell'accordo della controparte nei casi di proposte di nomina di uno o più esperti presa di comune accordo tra le parti

Informazione: Il formulario di richiesta con gli allegati possono essere inviati per posta a:
Lettere: FMH Ufficio delle perizie extragiudiziarie, Casella postale, 3000 Berna 16
Pacchi postali: FMH Ufficio delle perizie extragiudiziarie, Elfenstrasse 18, 3006 Berna

⁶ Firma del paziente, del rappresentante o del rappresentante legale.

⁷ Se la pretesa di risarcimento rischia di cadere in prescrizione o perenzione.