

## 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/i<sup>1</sup> (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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 o studio medico coinvolto<sup>2</sup>**

Nome dell'ospedale o dello studio medico \_\_\_\_\_

Nome e Cognome della persona responsabile \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP e luogo \_\_\_\_\_

No. telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Medico/i ospedaliero/i o impiegato/i dello studio medico 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 o dello studio medico**

Nome dell'assicurazione \_\_\_\_\_

Numero di riferimento \_\_\_\_\_

Cognome e Nome della persona responsabile \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP e luogo \_\_\_\_\_

No. telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Se la pretesa di risarcimento è rivolta direttamente contro l'ospedale o lo studio medico.

## II. Informazioni sulla procedura

### Scelta della procedura (art. 9 Regolamento)

- ☐ Procedura peritale scritta
- ☐ Perizia congiunta della FMH<sup>3</sup> (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)<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> La perizia congiunta della FMH è una procedura peritale orale.

<sup>4</sup> 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/i<sup>5</sup>

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

<sup>5</sup> 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 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.

### Passi intrapresi prima dell'inoltro della richiesta

**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 (art. 7 cpv. 2 Regolamento). Le spese di viaggio, gli onorari d'interpretariato e altre spese eventuali saranno a mio o a carico del mio cliente (art. 10 cpv. 7 Regolamento).
- Il sottoscritto/il mio cliente libera i medici che hanno dispensato il trattamento messo in discussione così come pure quelli che hanno fornito un trattamento prima e dopo quello relativo alla sospettata violazione dell'obbligo di diligenza o colpa d'organizzazione. La liberazione vale nei confronti dell'Ufficio perizie, e di tutti i partecipanti alla procedura (art. 7 cpv. 3 Regolamento).
- Il sottoscritto/il mio cliente ha preso atto del fatto e lo accetta che tutti i partecipanti alla procedura peritale avranno accesso all'insieme dei documenti rimessi (art. 8 cpv. 9 Regolamento).

Luogo e data

Firma del richiedente<sup>6</sup>

### Allegati:

- ☐ Tutti i documenti medici riguardanti il trattamento litigioso (classati in ordine cronologico di data, nel formato seguente: AAAA-MM-JJ Titolo del documento)
- ☐ Indice degli allegati<sup>7</sup>
- ☐ Presa di posizione materiale dell'/e assicurazione/i rispettivamente rigetto della responsabilità

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

- ☐ Prova di rappresentanza (ad es. procura, certificato ereditario)
- ☐ Procura di rappresentanza legale
- ☐ Accordo dell'ospedale o dello studio medico e della sua assicurazione RC (art. 3 Regolamento)
- ☐ Accordo del medico che non è membro della FMH e della sua assicurazione RC (art. 2 cpv. 3 Regolamento)
- ☐ Prova dell'interruzione della prescrizione / del fatto che la pretesa non sia perentoria<sup>8</sup>
- ☐ Domande convenute tra le parti
- ☐ Prova dell'accordo della controparte nel caso di convenute tra le parti
- ☐ Prova dell'accordo della controparte per la richiesta di procedura peritale congiunta
- ☐ Prova dell'accordo della controparte nei casi di proposta 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

<sup>6</sup> Firma del paziente, del rappresentante o del rappresentante legale.

<sup>7</sup> Le perizie antecedenti e/o i rapporti medici devono essere inviati in forma integrale e con la menzione della specializzazione in medicina degli esperti.

<sup>8</sup> Se la pretesa di risarcimento rischia di cadere in prescrizione o perenzione (art. 8 cpv. 1 Regolamento).