

Prescrizione medica per la psicoterapia psicologica (versione 1.0)

*Campi obbligatori

| Paziente | | Psicoterapeuta/ospedale/organizzazioni | |
|---------------------|-------------------|--|--|
| Cognome* | _____ | Nome/istituto | _____ |
| Nome* | _____ | RCC o GLN | _____ |
| Data di nascita | _____ Sesso _____ | Indirizzo | _____ |
| Assicurazione* | _____ | Motivo della terapia* | <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____ |
| N. d'assicurazione* | _____ | | |
| Via* | _____ | | |
| NPA e località* | _____ | | |
| Telefono* | _____ | | |

| Prescrizione* | |
|----------------|---|
| Prescrizione 1 | <input type="checkbox"/> Psicoterapia (max. 15 sedute) <input type="checkbox"/> Intervento di crisi/terapia breve (max. 10 sedute) <i>Barrare soltanto 1 casella.</i> |
| Prescrizione 2 | <input type="checkbox"/> Psicoterapia (max. 15 sedute) <input type="checkbox"/> Terapia dopo 30 sedute |

| Terapia |
|--------------------|
| Note sulla terapia |
| _____ |

| Medico prescrivente |
|---------------------|
| Nome* |
| Telefono* |
| E-mail |
| RCC o GLN* |
| Indirizzo* |
| _____ |
| Data* |
| Firma* |
| _____ |