Prescrizione medica per la psicoterapia psicologica (versione 1.0)

\*Campi obbligatori

|  |  |
| --- | --- |
| Paziente |  |
| Cognome\* |  |
| Nome\* |  |
| Data di nascita | Sesso |
| Assicurazione\* |  |
| N. d’assicurazione\* |  |
| Via\* |  |
| NPA e località\* |  |
| Telefono\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Psicoterapeuta/ospedale/organizzazioni | |
| Nome/istituto |  |
| RCC o GLN |  |
| Indirizzo |  |
| Motivo della terapia\* | ☐ Malattia  ☐ Infortunio  ☐ AI/AM  ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prescrizione\* |  | | |
| Prescrizione 1 | ☐ Psicoterapia (max. 15 sedute) | ☐ Intervento di crisi/ terapia breve (max. 10 sedute) | *Barrare soltanto 1 casella.* |
| Prescrizione 2 | ☐ Psicoterapia (max. 15 sedute) |  | |
|  | ☐ Terapia dopo 30 sedute |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Medico prescrivente |  |
| Nome\* |  |
| Telefono\* |  |
| E-mail |  |
| RCC o GLN\* |  |
| Indirizzo\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data\* |  |
| Firma\* |  |