

Prescrizione medica per la psicoterapia psicologica

*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*
