

## Prescrizione medica per la psicoterapia psicologica

\*Campi obbligatori

| Paziente            |                   | Psicoterapeuta/ospedale/organizzazioni |  |
|---------------------|-------------------|--|--|
| Cognome*            | _____             | Nome/istituto                          | Fabio lafigliola, Studio di psicologia e psicoterapia L'ARCA   |
| Nome*               | _____             | RCC o GLN                              | _____  |
| Data di nascita     | _____ Sesso _____ | Indirizzo                              | Viale Stazione 2<br>6500 Bellinzona  |
| Assicurazione*      | _____             | Motivo della terapia*                  | <input type="checkbox"/> Malattia<br><input type="checkbox"/> Infortunio<br><input type="checkbox"/> AI/AM<br><input type="checkbox"/> _____<br>_____<br>_____ |
| 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 | Firma* |
|---------------------|--------|
| Nome*               | _____  |
| Telefono*           | _____  |
| E-mail              | _____  |
| RCC o GLN*          |        |
| Indirizzo*          |        |
|                     |        |
| Data*               |        |