

## Prescrizione medica per la psicoterapia psicologica (versione 1.0)

\*Campi obbligatori

Paziente		Psicoterapeuta/ospedale/organizzazioni	
Cognome*	_____	Nome/istituto	Studio di psicologia e psicoterapia L'ARCA di Fabio lafigliola
Nome*	_____	RCC o GLN	_____
Data di nascita	_____ Sesso _____	Indirizzo	Viale Stazione 4 6500 Bellinzona
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*
_____