

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*	_____		_____
N. d'assicurazione*	_____	Motivo della terapia*	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____
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*	_____