

Prescrizione psicoterapia fornita da psicologi

*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*	_____		
Indirizzo*	_____		
NPA / località*	_____		
Telefono*	_____		

Prescrizione *1

Prescrizione 1	<input type="checkbox"/> Psicoterapia (max 15 sedute)	<input type="checkbox"/> Intervento di crisi / terapia breve (max 10 sedute) ²	<i>Un solo caso appartiene alla cochée.</i>
Prescrizione 2	<input type="checkbox"/> Psicoterapia (max 15 sedute) <input type="checkbox"/> Terapia dopo 30 sedute		

Terapia

Note sulla terapia

Medico prescrivente

Nome*	_____
Indirizzo*	_____
Telefono*	_____
E-mail	_____
RCC o GLN*	_____
Data*	_____
Firma*	_____

1: Una prescrizione può essere fornita solamente da un medico con titolo di formazione postgraduale federale riconosciuto in

- medicina interna generale (o titolo di formazione postgraduale estero riconosciuto in medicina interna generale),
- psichiatria o psicoterapia,
- psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva,
- medicina dell'età evolutiva
- oppure da titolare di una formazione interdisciplinare approfondita in medicina psicosomatica e psicosociale (ASMPP).

2: Un intervento di crisi / una terapia breve può essere prescritto/a da medici con altro titolo di formazione postgraduale o medici generici (ai sensi art. 11b cpv. 1 lett. B OPre).