

### Prescrizione medica per la psicoterapia psicologica

\*Campi obbligatori

**Paziente**

Cognome\* \_\_\_\_\_

Nome\* \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Assicurazione\* \_\_\_\_\_

N. d'assicurazione\* \_\_\_\_\_

Via\* \_\_\_\_\_

NPA e località\* \_\_\_\_\_

Telefono\* \_\_\_\_\_

**Psicoterapeuta/ospedale/organizzazioni**

Nome/istituto PAMELA BORELLI

RCC o GLN U802421

Indirizzo Alto Resega 15  
6814 LATONE

Motivo della terapia\*  Malattia  
 Infortunio  
 AI/AM  
 \_\_\_\_\_

**Prescrizione\***

Prescrizione 1  Psicoterapia (max. 15 sedute)  Intervento di crisi/terapia breve (max. 10 sedute) *Barrare soltanto 1 casella.*

Prescrizione 2  Psicoterapia (max. 15 sedute)  
 Terapia dopo 30 sedute

**Terapia**

Note sulla terapia

\_\_\_\_\_

**Medico prescrivente**

Nome\* \_\_\_\_\_

Telefono\* \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

RCC o GLN\* \_\_\_\_\_

Indirizzo\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data\* \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_