



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Richiesta per la prosecuzione della psicoterapia psicologica dopo la 30a seduta

Va al medico di fiducia della cassa malattia

Medico prescrivente*

Nome* / Istituzione

Indirizzo*

Tel. / e-mail*

RCC o GLN*

Titolo di formazione di base e postgraduale *

Date*

Firma del medico prescrivente se non già
presente sugli prescrizione

Paziente: cognome*, nome*

Data di nascita*

Sesso*

Indirizzo *

Telefono*

Assicurazione *

N. d'assicurazione

Note/commenti integrativi

--



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

rapporto dello/a psicologo/a psicoterapeuta

Va su richiesta della cassa malattia al medico di fiducia

Paziente: cognome*, nome*

Nome **Psicologo/a psicoterapeuta***

Istituzione *

Indirizzo *

Tel. / e-mail *

RCC o GLN*

Anamnesi/sintomi all'inizio della terapia (descrivere dettagliatamente se si tratta del primo rapporto prima della 30a seduta, brevemente se il rapporto è successivo)*

Valutazione diagnostica (incl. n. ICD) *

È noto se il/la paziente è stato/a precedentemente sottoposto/a ad altre terapie? *

Se sì, quali?

Tipologia e setting della terapia corrente *

Andamento della terapia sino ad oggi, indicazione medica rispetto alla continuazione della terapia e all'obiettivo*



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Proposta per il prosieguo: frequenza delle sedute, durata presumibile, valutazione della prognosi *

Note/commenti integrativi

Data*

Firma dello/a psicologo/
a psicoterapeuta*



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Valutazione del caso da parte di un medico specializzato/a

Specializzato/a in psichiatria e psicoterapia oppure in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva

Va al medico di fiducia della cassa malattia

Nome* / Istituzione

RCC o GLN*

Indirizzo *

Tel. / e-mail*

Consulto e valutazione da parte del medico specialista in seguito ad esame del(la) paziente*si

Sì / data

No / motivo

Diagnosi (incl. N. ICD)*

Rilasciata indicazione terapeutica sì / no

Valutazione di: andamento/risultati raggiunti/setting/trattamento farmacologico*

Valutazione di: proposta sul prosieguo (frequenza delle sedute, durata presumibile, valutazione della prognosi)*

Altre note sulla terapia

Data*

Firma del medico specialista *