

## 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 Iafigliola
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*