

Prescrizione medica per la neuropsicologia diagnostica

* Campi obbligatori

Neuropsicologo / Ospedale / Organizzazione*

Nome / Studio / Istituto*

Indirizzo

Paziente

Cognome / Nome*

Data di nascita*

Sesso*

☐ uomo ☐ donna ☐ altro

Lingua*

Indirizzo*

NPA / Località*

Telefono*

E-mail

Cassa malati*

No. di
assicurazione***Accompagnatore (se necessario)**

Cognome / Nome*

Telefono

E-mail

Legame con il paziente

Unità di costo secondo:

☐ LAMal ai sensi dell'art. 11a OPre☐ LAINF ☐ LAI ☐ LAM

All'occorrenza, numero di infortunio oppure numero della decisione

Prescrizione medica*☐

Neuropsicologia diagnostica in caso di sospetto di disturbo cerebrale

☐

Valutazione del decorso

Medico inviante

Cognome / Nome*

FMH*

Indirizzo*

Telefono*

E-mail sicura

RCC*

GLN*

Data*:

Firma* e timbro:

Nota: Si prega di inviare separatamente (cioè al di fuori della prescrizione medica) quanto segue se presente e utile per la neuropsicologia diagnostica: indicazioni / documentazione per la diagnosi (sospetta) ed esiti / rapporti già esistenti inclusi elenco diagnostico e lista dei medicinali. Grazie mille!