**Prescrizione medica per la neuropsicologia diagnostica**

**Richiesta di invio al seguente specialista/studio di neuropsicologia**

Nome / studio / istituzione:

Indirizzo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Paziente**  Cognome:  Nome:  Data di nascita:  Sesso: 󠄀 󠄀 󠄀󠄀 󠄀 w 󠄀 󠄀󠄀 m 󠄀󠄀 d  Occupazione:  Via:  Codice postale / Città:  Telefono:  E-mail:  Compagnia di assicurazione sanitaria:  Numero della persona assicurata:  Numero AVS:  Se è richiesto un interprete, lingua:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Accompagnatore (se necessario)  Saluto:  Cognome:  Nome:  Via:  Codice postale / Città:  Telefono:  E-mail:  Rapporto con il paziente:  Fornitore delle prestazione:  󠄀 LAMal secondo l'art. 11a OPre  󠄀 LAI 󠄀 󠄀󠄀 LAINF 󠄀 󠄀󠄀 LAM  Numero di danno/disposizione, se applicabile:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Prescrizione del medico**

󠄀 Richiedo un accertamento neuropsicologico per sospetto di disturbi cerebrali e una valutazione della loro evoluzione.

**Medico di riferimento**

Saluto:

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

Codice postale / città:

Telefono per richieste di informazioni:

Indirizzo e-mail HIN:

RCC:

GLN:

Luogo, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota:

Se disponibile e utile per la diagnosi neuropsicologica, si prega di inviare separatamente (oltre all'ordine del medico): informazioni/documenti relativi alla (sospetta) diagnosi e i risultati/reperti già esistenti, incluso l'elenco delle diagnosi e dei farmaci. La ringraziamo!