**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 󠄀󠄀 dOccupazione: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 OPre󠄀 LAI 󠄀 󠄀󠄀 LAINF 󠄀 󠄀󠄀 LAMNumero 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!