

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 prestazioni:

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!