

## 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!*