

# Prescrizione medica per la neuropsicologia diagnostica

## Paziente

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA / località \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
N° AVS \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

## Destinatario:

## Accompagnatore (se necessario)

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA / località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_  
Rapporto con il paz. \_\_\_\_\_

## Assicurazione

Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA / località \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_

Legge / N° ass \_\_\_\_\_  
Motivo trattamento \_\_\_\_\_

## Prescrizione del medico

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

## Motivo del trattamento

*Osservazioni sul trattamento*

### Osservazione:

Se disponibile e utile per la diagnosi neuropsicologica, si prega di inviare i risultati/rapporti esistenti, compreso l'elenco delle diagnosi e dei farmaci.

## Neuropsicologo

Mail \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_ RCC \_\_\_\_\_

## Medico di riferimento

Mail \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_ RCC \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
superfluo per invio elettronico

**Invio elettronico**