



## Modulo di prescrizione medica

Per informazioni importanti in merito al modulo di prescrizione vedi documento separato.

### Tipo di soggiorno

- Riabilitazione stazionaria  
(A mio avviso, un trattamento ambulatorio non è possibile. Il ricovero è necessario per i motivi che seguono.)
- Soggiorno ambulatorio – (è possibile solo un tipo di prescrizione)
- Soggiorno di cura/convalescenza
  - Cura termale

### Motivo del ricovero

### Data di entrata desiderata

- Malattia    Infortunio      Data: \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ giorni

### Indirizzo dell'istituzione (clinica riabilitativa / casa di cura / terme omologate)

Nome

Luogo

No. RCC

### Paziente

- femminile    maschile

Cognome / nome

Data di nascita

Via, no.

CAP / luogo

Telefono privato

Cellulare

No. AVS

Lingua madre

### Parenti stretti

Cognome / nome

Via, no.

CAP / luogo

e-Mail

Telefono privato

Cellulare

## Assicurazione

---

Assicurazione di base

No. assicurato

--	--

Assicurazione complementare (privata)

No. assicurato

--	--

Tipo d'assicurazione	Categoria	reparto comune in tutta la Svizzera	Il paziente viene da casa
<input type="radio"/> Malattia	<input type="radio"/> Reparto comune	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> si
<input type="radio"/> Infortunio	<input type="radio"/> Semi-privato	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> no
<input type="radio"/> Modello medico di famiglia	<input type="radio"/> Privato		

---

*Camera a due / più letti in caso di riabilitazione stazionaria: Se il paziente assicurato per il reparto comune desidera un'altra categoria di camera, i costi supplementari sono a carico del paziente.*

---

## Medico richiedente

---

Cognome / nome

Ospedale / Studio medico

Via, no.

CAP / luogo

Telefono / Fax

Indirizzo e-mail


## Servizio sociale dell'ospedale

---

Ospedale / Clinica

Persona di contatto

Telefono / Fax

Indirizzo e-mail


## Indicazioni per il trasferimento

---

Diagnosi principale / deficit funzionali
Diagnosi secondaria
Terapia(-e)

## Motivo della richiesta del trattamento

---

Motivi medici:	Motivi medico-sociali supplementari

---

*Alcune istituzioni richiedono questionari aggiuntivi in merito a cure e necessità di assistenza.*

---

**Tutte le informazioni sono destinate ad essere trasmesse all'assicurazione malattie / a chi sostiene i costi.**

---

Luogo / Data / Firma / timbro del medico richiedente

Luogo/Data:	Timbro:
Firma:	

---

Modulo messo a disposizione da „Stazioni Termali e Case di Cura Svizzera“ [www.kuren.ch](http://www.kuren.ch)  
(aggiornato giugno 2018)

---