



QUESTIONARIO PER TERAPEUTI/E DI MEDICINA COMPLEMENTARE

Terapeuta:	
Cognome:	Nome:
Numero RCC (se disponibile):	
Persona assicurata:	
Cognome:	Nome:
Indirizzo:	NPA, Luogo:
N. d'assicurato Visana (in alternativa: numero di assicurazione sociale)	

1. Per quale motivo la persona summenzionata è in cura da Lei?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia di disturbi attuali | <input type="checkbox"/> Evitare ricadute / prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Maternità | <input type="checkbox"/> Aumentare il benessere generale |
| <input type="checkbox"/> Infortunio | |

2. La preghiamo di rispondere ai seguenti punti:

Disturbi attuali:

.....
.....

Da quando sussistono i disturbi indicati?

.....

Quando ha iniziato il trattamento?

.....

Quali provvedimenti terapeutici / forme terapeutiche ha adottato?

.....
.....

Come è stato il decorso della terapia e quali obiettivi terapeutici sono stati raggiunti finora?

.....
.....
.....

3. La terapia è stata conclusa (è prevedibile che non avverrà alcuna ulteriore terapia nei prossimi tre mesi)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sì, quando: | (le risposte alle domande 4 e 5 non sono necessarie) |
| <input type="checkbox"/> No | (si prega di rispondere alle domande restanti) |

4. Quale obiettivo dovrebbe essere raggiunto principalmente continuando la terapia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia di disturbi residui | <input type="checkbox"/> Evitare ricadute/prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Terapia di disturbi cronici | <input type="checkbox"/> Aumentare il benessere generale |



5. **Quante sedute circa sono ancora necessarie per raggiungere l'obiettivo e fino a quando dovranno essere proseguite?**

.....

6. **A proposito dei disturbi menzionati, sono già stati...**

... consultati altri/e terapeuti/e di medicina complementare?

Sì No Non lo so

Nome / indirizzo dei/delle terapeuti/e:

Forme terapeutiche adottate:

.....
.....

... adottati provvedimenti di medicina tradizionale?

Sì No Non lo so

Nome / indirizzo dei medici:

.....
.....

Diagnosi di medicina tradizionale (se a Lei nota):

.....
.....

Accertamenti/visite/provedimenti terapeutici svolti (se a Lei noti):

.....
.....

Negli ultimi 12 mesi è stata svolta una fisioterapia?

Sì No Non lo so

Nome / indirizzo dei/delle fisioterapisti/e:

.....
.....

7. **Ulteriori informazioni rilevanti**

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Luogo, data

.....
Firma e timbro

La preghiamo di rispedirci per posta il questionario debitamente compilato e firmato. La ringraziamo per la collaborazione.