

**Confidenziale**

Assura  
Terapeuta di fiducia  
Case postale 7  
1052 Le Mont-sur-Lausanne

*ASSURA*

**Terapeuta di fiducia**

«Se il trattamento supera 12 sedute, il terapeuta deve inviare, di sua iniziativa e senza spese, al terapeuta di fiducia di Assura, un rapporto (vedere questionario a tergo) che menzioni il tipo di disturbi curati, il miglioramento ottenuto dopo 12 sedute e il numero di sedute ancora necessarie per terminare il trattamento.»

## Trattamento di medicina complementare

### Questionario

#### Generalità dell'assicurato:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Assicurazione n°: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ NAP, Località: \_\_\_\_\_

#### 1. Chi ha raccomandato il trattamento?

- Il trattamento è stato chiesto dall'assicurato  
 Il trattamento è stato prescritto dal medico

Nome del medico: \_\_\_\_\_

*(In caso di prescrizione medica, si prega di allegarla all'incarto)*

#### 2. Quali problemi/disturbi sono stati evocati per giustificare il trattamento?

---

---

#### 3. Quando è iniziato il trattamento per questi problemi/disturbi?

Data d'inizio del trattamento: \_\_\_\_\_

#### 4. In che data sono apparsi i sintomi?

Data di apparizione dei sintomi: \_\_\_\_\_

#### 5. Qual è il numero delle sedute già effettuate?

Date e scopo delle sedute: \_\_\_\_\_

#### 6. Quali miglioramenti sono stati constatati dopo il trattamento e da quale(i) punto(i) di vista: fisico, emotivo, nutrizionale, altro?

---

---

---

#### 7. L'assicurato(a) contribuisce al miglioramento del suo trattamento?

No  Sì *(Se sì, come, con quale risultato e da quale(i) punto(i) di vista: fisico, emotivo, nutrizionale, altro?):* \_\_\_\_\_

#### 8. Nell'ambito del trattamento sono stati prescritti dei farmaci/complementi alimentari?

No  Sì *(Se sì, quali, posologia):* \_\_\_\_\_

#### 9. In base al suo attuale stato di salute, sono necessari altri trattamenti?

Non  Sì *(Se sì, quanti e da quale(i) punto(i) di vista: fisico, emotivo, nutrizionale, altro?):* \_\_\_\_\_

Ha indirizzato il(la) suo(a) paziente presso un altro medico/terapeuta? \_\_\_\_\_

#### 10. In caso di risposta affermativa alla domanda 9, qual è lo scopo dei trattamenti previsti:

- Si tratta di un trattamento preventivo o di promozione della salute  Si tratta di un trattamento terapeutico  
 Si tratta di un trattamento di mantenimento  Si tratta di un trattamento di comfort/benessere

Luogo, data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma: \_\_\_\_\_