

Procura per i trattamenti di medicina complementare

Dati della persona assicurata

N° di cliente	Data di nascita
Nome	Cognome
Via/No.	NPA/luogo

Verifica dell'assunzione delle prestazioni per le terapie di medicina complementare ai sensi della legge sul contratto d'assicurazione (LCA) per l'assicurazione complementare

Procura

Lei autorizza il suo medico o terapeuta a fornire informazioni a Sympany. Lei autorizza Sympany a prendere visione dei documenti medici e delle fatture dettagliate così come a raccogliere le informazioni necessarie per la valutazione del diritto alle prestazioni. Inoltre autorizza Sympany a commissionare accertamenti medici e perizie e a trasmettere la documentazione medica necessaria alla persona incaricata della valutazione. I medici o terapisti curanti e gli assistenti medici sono esonerati dall'obbligo di segretezza nei confronti di Sympany e sono pregati di inviare i documenti richieste direttamente al reparto Gestione prestazioni clienti privati. Lei conferma espressamente che tali documenti possono essere inviati direttamente alla Gestione prestazioni clienti privati di Sympany. Non esiste un servizio del medico di fiducia per le polizze di assicurazione complementare. Se le pratiche mediche relative alle cure mediche complementari sono presentate al servizio di consulenza medica, saranno inoltrate direttamente al personale della Gestione prestazioni clienti privati, che provvederà a evadere la richiesta. La procura si riferisce alla terapia e al corso di trattamento con il/la terapeuta sotto indicato/a e può essere revocata dall sottoscritto in qualsiasi momento senza indicarne i motivi. La protezione dei dati è garantita in ogni momento.

Luogo, data

Firma

Questionario sulle terapie di medicina complementare

Informazioni sul medico/naturopata/terapista complementare

Nome
Luogo

Cognome
Numero RCC

Informazioni sulla persona assicurata

N° di cliente
Nome
Via/No.

Data di nascita
Cognome
NPA/luogo

Il cliente svolge un'attività professionale?

Sì, attività professionale attuale:
No

Motivo del trattamento

Malattia
Infortunio, data:
Gravidanza
Maternità
Prevenzione/profilassi

Quali sintomi presenta? Indichi la sua valutazione medica attuale e la sua diagnosi.

Qual è la diagnosi secondo la medicina classica (se disponibile)? Chi l'ha formulata?

Da quando il cliente è in cura presso di lei?

Il cliente sta ricevendo altri trattamenti (medicina convenzionale/complementare)?

Sì, presso:

No

Quale/i metodo/i terapeutico/i adotta?

Quali miglioramenti o cambiamenti sono stati ottenuti con il trattamento dall'inizio del trattamento o dall'ultimo rapporto?

Come pensate di procedere? Selezionare una sola risposta.

Il trattamento è concluso o verrà concluso il

Sono presenti sintomi residui; è necessario un trattamento conclusivo.

Sono presenti sintomi residui; al momento non è possibile prevedere la conclusione del trattamento.

È necessario un trattamento a lungo termine (disturbi cronici).

Il trattamento è necessario per prevenire o evitare le ricadute.

Si prega di indicare il numero di ulteriori trattamenti previsti e la loro frequenza.

È possibile ridurre la frequenza dei trattamenti?

Sì, da:

No, perché:

Secondo lei, quale obiettivo terapeutico può ancora essere raggiunto con il suo trattamento?

Quale concetto di trattamento deve essere utilizzato per raggiungere questo obiettivo terapeutico e in quale arco di tempo?

Sono stati concordati con il cliente obiettivi terapeutici specifici?

Sì, i seguenti:

No

Sono già stati raggiunti alcuni obiettivi terapeutici?

Sì, i seguenti:

No

Oltre al suo trattamento, il cliente adotta misure specifiche di promozione della salute (ad es. fitness, corsi di salute, ecc.)?

Sì, le seguenti:

No

Altri documenti

Se disponibile, la preghiamo di inviarci un rapporto del/dell'ospedale o altri documenti medici. La ringraziamo per il suo sostegno.

Luogo e data

Firma e timbro del medico, naturopata, terapeuta