

## Questionario per il suo specialista in medicina complementare

Ulteriori informazioni per gli specialisti di medicina complementare sono disponibili su:  
[www.helsana.ch/terapista-medicina-complementare](http://www.helsana.ch/terapista-medicina-complementare)

### Dati personali dell'assicurato

N. d'assicurato

Cognome e nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita

### Specialista in medicina complementare

Cognome e nome

N. RCC

1 L'assicurato lavora?

No  Sì

Se sì, attività professionale attuale

2 Motivo del trattamento:

(Barrare una sola risposta)

Malattia  
 Infortunio: data \_\_\_\_\_  
 Gravidanza  Maternità  
 Prevenzione

2 a) Quali disturbi sussistono?

La invitiamo a indicare la sua valutazione medica attuale e la diagnosi relativa al suo indirizzo o al suo metodo specifico.

2 b) Se disponibile: qual è la diagnosi secondo la medicina classica?

2 c) Quale/i metodo/i terapeutico/i impiega per l'assicurato?

3 Quali miglioramenti o cambiamenti sono stati conseguiti con il suo trattamento dall'inizio della cura o dall'ultimo rapporto?

- 4 Come intende trattare i disturbi/le malattie descritti/e?  
(Barrare una sola risposta)
- Il trattamento è concluso o lo sarà il (data) \_\_\_\_\_
- Sono ancora presenti dei disturbi/delle malattie residui/e; occorrono trattamenti conclusivi
- Sono ancora presenti dei disturbi/delle malattie, la fine del trattamento non è al momento prevedibile
- È necessaria una terapia a lungo termine
- Trattamenti per prevenire o evitare ricadute
- 
- 4 a) Indicare il numero dei trattamenti previsti e la relativa frequenza  
(ad. es. 3 trattamenti, 1 x mese)
- 
- 4 b) È possibile una futura riduzione della frequenza dei trattamenti?
- Se no, perché?
- Se sì, a partire da quando?
- 
- 5 L'assicurato effettua provvedimenti mirati alla promozione della salute?  
(ad. es. nell'ambito di fitness, tecniche di rilassamento, corsi per la salute)
- No
- Sì, quali?
- 
- 6 In generale, per domande sullo stato di salute, è lei il primo interlocutore per questo assicurato?
- No     Sì
- 
- 7 L'assicurato è in cura presso altri fornitori di prestazioni della medicina complementare?
- No     Sì
- Se sì, presso quali?  
(Cognome, nome, metodo di trattamento)

**Se disponibile:**

**allegare un rapporto medico, un referto dell'ospedale e/o altra documentazione medica.**

Con la sua firma conferma l'esattezza dei dati del presente questionario.

Luogo, data

Firma/timbro del medico, naturopata, terapeuta di medicina complementare

La invitiamo a inviare il questionario al seguente indirizzo:

Helsana Assicurazione integrative SA, Servizio clienti, Specialista in medicina complementare,  
Casella postale, 6501 Bellinzona

**Richiesta degli atti medici per l'esame della nostra assunzione delle prestazioni nell'ambito della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)**

I nostri collaboratori elaborano gli atti medici con la dovuta accuratezza, tutelando i dati sensibili e così la personalità degli assicurati. Tutti i collaboratori sono soggetti all'obbligo del segreto professionale o legale, a seconda che si tratti di un'assicurazione sociale o privata. Questo vale anche una volta terminato il loro rapporto di lavoro. Dopo l'elaborazione, gli atti medici vengono archiviati in un sistema con speciale protezione.

È possibile che anche nell'ambito delle assicurazioni integrative ai sensi della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) vengano inviati atti medici al «Servizio medico fiduciario». Tuttavia il medico di fiducia è previsto solo nell'ambito delle assicurazioni obbligatorie delle cure medico-sanitarie secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Per questo motivo tutti gli atti (medici) concernenti l'ambito LCA e indirizzati erroneamente al «Servizio medico fiduciario» o al «Medico di fiducia» vengono inoltrati ai reparti specialistici competenti di Helsana Assicurazioni SA.