

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

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.