

## Questionario per il suo medico, naturopata o terapeuta di medicina complementare

Il presente questionario serve per l'ulteriore accertamento delle prestazioni dei trattamenti nell'ambito della medicina complementare.

Link all'opuscolo informativo per naturopati/terapisti di medicina complementare e al questionario elettronico:  
[www.helsana.ch/it/fornitori-di-prestazioni/panoramica-dei-documenti-e-formulari](http://www.helsana.ch/it/fornitori-di-prestazioni/panoramica-dei-documenti-e-formulari)

### Dati personali dell'assicurato

N. d'assicurato

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita

### Medico/naturopata/ terapeuta di medicina complementare

Cognome, nome

N. RME-RCC

Metodo/i

Per verificare una ulteriore garanzia di assunzione dei costi è necessario  
rispondere in maniera completa ed esauriente a tutte le domande.

Completare se noto

Attuale attività professionale:

- 1 Qual è il quadro clinico?  
La preghiamo di indicare gli **attuali disturbi**,  
**le sue valutazioni mediche e le diagnosi**  
**specifiche della sua specialità o del suo**  
**metodo.**

Se possibile: qual è la **diagnosi** secondo la  
medicina convenzionale? (In caso di infortu-  
nio indicare la data.)

- 2 Quali miglioramenti sono stati conseguiti  
grazie al suo trattamento dall'inizio del  
trattamento o dall'ultimo rapporto?

- 3 Come intende trattare i disturbi/le malattie  
descritti/e?  
**(1 crocetta)**

- ☐ Il trattamento è terminato o sarà terminato. (Data )
- ☐ Persistono ancora dei disturbi/malattie residui. Sono necessari pochi  
trattamenti.
- ☐ Persistono ancora dei disturbi/malattie. Il termine del trattamento non è  
ancora prevedibile.
- ☐ È necessaria una terapia di lunga durata.
- ☐ Il trattamento è necessario per evitare eventuali ricadute, a scopo di  
prevenzione/promozione della salute.

- 4 La sua valutazione: indichi il numero  
dei futuri trattamenti e la loro frequenza  
(ad es. 1 volta al mese).

---

**Dati personali dell'assicurato**

N. d'assicurato

Data di nascita

Cognome, nome

---

- 5 È possibile una futura riduzione della frequenza del trattamento? Se no, per quale motivo?

- 6 Quali misure preventive/di promozione della salute (ad es. corsi di rafforzamento della schiena) sta svolgendo l'assicurato?

- 7 In genere lei è il primo interlocutore dell'assicurato per questioni inerenti la salute?

☐ Sì  
☐ No

Possiede documenti integrativi di uno specialista sanitario?  
Se sì la invitiamo ad aggiungerli per informazione.

Con la sua firma conferma la correttezza dei dati forniti.

Luogo e data

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

---

---

**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 di conseguenza la personalità degli assicurati. Tutti i collaboratori sono soggetti all'obbligo del segreto professionale ai sensi della legge sulla protezione dei dati, a prescindere che si tratti di assicurazione sociale o privata. Questo vale anche una volta terminato il 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.

---

La preghiamo di inviare il questionario compilato in ogni sua parte al seguente indirizzo:

Helsana SA  
Specialista in medicina complementare  
Casella postale  
6501 Bellinzona

---