



Prescrizione per l'arteterapia

Identità de la cliente:

Cognome	_____
Nome	_____
Via	_____
NPA/Luogo	_____
Tel. Priv.	_____
Tel. prof.	_____
Data di nascita	_____
Assicurazione	_____
No. d'ass./infor.	_____

Arte-terapeuta:

Cognome
Nome
Via
NPA/Luogo
Tel. atelier
e-mail

Specializzazioni	<input type="checkbox"/> Terapia di movimento e danza <input type="checkbox"/> Drammaterapia et terapia della parola <input type="checkbox"/> Terapia di modellaggio e pittura <input type="checkbox"/> Terapia Intermediale <input type="checkbox"/> Musicoterapia
------------------	---

No RME / ASCA / EGK / Visana:

Diagnosi medica:

- Malattia Infortunio Maternità

--

Obiettivi terapeutici:

--

No. di sedute _____

Medico (timbro)
Data / Firma

Arte terapeuta (timbro)
Data / Firma