



Piano di trattamento terapeutico

Consente a noi di gestire rapidamente la richiesta di rimborso per il soggetto assicurato:

Ha

- risposto a tutte le domande?
- firmato e apposto la data sul modulo?

Il modulo compilato deve essere inviato a:
Trasmesso o inviato tramite e-mail crittografata all'indirizzo:

axaglobalhealthcare.com/customer

Fax: + 44 (0) 1892 508256

Posta: AXA Global Healthcare (UK) Limited,
Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent,
TN1 2PL, UK

1 Dati del paziente

Nome

Numero di sottoscrizione/codice cliente

Data di nascita del paziente

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Numero di richiesta

2 Dettagli del terapeuta

Nome

Il paziente le è stato indirizzato da terzi?

- No
- Sì ► In caso affermativo, indichi il nome della persona che le ha indirizzato il paziente.

Tipo di terapeuta

- Fisioterapista
- Chiropratico
- Osteopata
- Agopunturista
- Omeopata
- Altro, specificare sotto

Barri il suo metodo di contatto preferito

Numero di telefono

Numero di fax

E-mail

Continua alla pagina successiva

5 Piano di trattamento

Paese in cui viene effettuato il trattamento?

Riassuma il trattamento effettuato fino ad ora e fornisci un piano di trattamento o un percorso di cura proposto e la durata prevista, tra cui:

- il numero di sedute aggiuntive proposte
- eventuali raccomandazioni/programmi di esercizi a casa
- qualsiasi altra informazione pertinente.

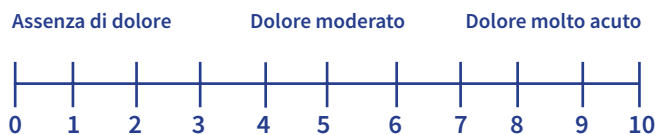
Se possibile, alleggi anche una copia dei documenti scritti più recenti rilasciati dal medico curante.

Numero di sedute

Durata di ogni seduta

In base alla scala VAS, qual è il livello di dolore del paziente?

Scala visuo-analogica numerica del dolore VAS (1-10)



Qual è il range di movimento del paziente?

Questa patologia ha un impatto sulle attività della vita quotidiana?

Sì No

In caso affermativo, fornisci maggiori dettagli

Quando sarà riferito il paziente ad una visita specialistica/ortopedica di controllo?

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Qual è l'attuale piano di dimissione medica graduale?

6 Firma

Dichiaro di essere il terapeuta di questo paziente e confermo che le informazioni fornite sono corrette sulla base delle mie conoscenze. Sono consapevole del fatto che, se una qualsiasi delle informazioni è errata, ciò potrebbe influire sulla richiesta di rimborso delle spese sanitarie da parte del mio paziente.

Firma

Nome in stampatello

Data

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---