

Commissione paritetica di fiducia e garanzia
della qualità (CPFQ)

Proposta n. **CPFQ-**

Numero assegnato dalla segreteria CPFQ

Modulo richiesta casi CPFQ

Questo modulo va compilato in caso di controversie derivanti dall'applicazione della convezione tariffale tra ASE/CRS e CTM.

Da rimettere a:

ASE, Segreteria CPFQ Ergoterapia, Haus der Verbände, Bollwerk 15, casella postale, 3001 Berna

Richiedente	
Ergoterapista <input type="checkbox"/>	Azienda
Assicuratore <input type="checkbox"/>	Cognome, nome
	Indirizzo
	NPA, località
	Tel.
	E-mail
	Persona di contatto
	GLN/n. RCC ergoterapista

Paziente (iniziali del cognome e nome)	
Data di nascita	
Numero d'assicurato(a)/ di caso	
Prescrizione medica da parte di / del	
Diagnosi	

1. Indicazioni sul caso CPFQ

1.1 Oggetto della controversia

1.2 Proposta alla CPFQ

1.3 Motivazione

2. Presa di posizione del/la ergoterapista

2.1 Ripercussioni della diagnosi sull'indipendenza nelle attività della vita quotidiana

2.2 Cosa è finora stato raggiunto con la terapia?

2.3 Cosa si intende raggiungere con l'ulteriore terapia (se pianificata)?

2.4 Durata e frequenza prevedibili della cura?

2.5 Altre informazioni importanti

2.6 Allegati complementari

L'ergoterapista curante conferma l'esattezza delle informazioni sopra fornite.

Luogo, data:

Firma:

3. Presa di posizione del assicuratore

3.1 Proposta alla CPFQ

3.2. Motivazione

3.3 Allegati complementari

Il/la responsabile dell'assicurazione conferma l'esattezza delle informazioni sopra fornite.

Luogo, data:

Firma: