
Modulo di registrazione ANQ - settore Psichiatria

Data >

Valido dal >

La vostra clinica ha firmato la [convenzione nazionale sulla qualità](#) e si impegna quindi a svolgere le misurazioni prescritte dall'ANQ. Vi preghiamo di fornirci i ragguagli seguenti:

- offerta di prestazioni psichiatriche stazionarie e tipo di clinica (solo psichiatria per adulti) al quale appartiene il vostro istituto;
- persone responsabili delle misurazioni alle quali inviare regolarmente informazioni.

In caso di cambiamento dell'offerta di prestazioni psichiatriche, vi preghiamo di procedere alle relative modifiche. A registrazione avvenuta riceverete altre informazioni dall'ANQ.

Indicazioni sulla clinica (compilare un modulo per ogni sede)

Gruppo di cliniche >

Nome del gruppo di cliniche >

Nome della clinica >

Nome della clinica, comple. 1 >

Nome della clinica, comple. 2 >

Via 1 >

Via 2 >

NPA e località >

Tipologia di ospedale >

N. RIS >

Responsabile/i misurazioni

Direzione >

(nome, cognome, e-mail, telefono)

Responsabile/i della qualità >

(nome, cognome, funzione,
e-mail, telefono)

Responsabile/i ICT >

(nome, cognome, funzione,
e-mail, telefono)



Settore/i psichiatrico/ci

Psichiatria per adulti (PA) >

L'autodichiarazione del tipo di clinica avviene sulla base delle direttive dell'ANQ (vedi anche allegato).

Tipo di clinica >

Psichiatria infantile e adolescenziale (PIA) >

L'ANQ non verifica se i settori psichiatrici/tipi di clinica selezionati corrispondano ai mandati di prestazioni/alle convenzioni tariffali cantonali del rispettivo istituto. Questo controllo è responsabilità delle cliniche e degli enti finanziatori.

Osservazioni

Vi preghiamo di ritornare il modulo compilato in ogni sua parte (non è necessaria la firma) all'indirizzo psychiatrie@anq.ch.