

MODULO DI REGISTRAZIONE

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

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>

IDI>

ID 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.