

Certificato medico d'incapacità lavorativa all'attenzione del medico consulente degli assicuratori vita

N. polizza /N. contratto/ N. AVS:

Inizio incapacità lavorativa:

Malattia Incidente

1. Paziente

Nome:	Cognome:
Data di nascita:	Sesso:
Indirizzo:	

2. Professione

Professione/i esercitata/e:	Grado di occupazione: ore/giorno giorni/settimana
	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente
	<input type="checkbox"/> Lavoratore indipendente
	<input type="checkbox"/> Senza attività lucrativa

3. Trattamento

Da quando è in atto il trattamento ambulatoriale presso di lei?	Fino al?
Prima di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):	
Dopo di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):	
Trattamento/cura in regime stazionario: Dove?	
Da quando a quando?	
In caso di interventi chirurgici, quali?	
Quando e dove?	

4. Anamnesi

a) Quando e come si è manifestato il disturbo per la prima volta?

--

b) Indicazioni soggettive del paziente:

--

c) Il paziente è già stato trattato in precedenza per questo disturbo? Sì No

Se sì, dove?

Quando?

d) Terapie precedenti:

e) Sussistono malattie precedenti e/o conseguenze di infortuni? Sì No

Se sì, quali?

Da quando?

Chi era il medico curante/presso quale ospedale?

Influiscono sul processo di guarigione? Sì No

Se sì, in che modo?

5. Referti oggettivi

Esami, referti con immagini radiologiche, accertamenti medici e rapporti di dimissione (si prega di allegare le copie):

Quali?

Data?

6. Diagnosi

Con influo
sulla capacità
lavorativa

Senza influo
sulla capacità
lavorativa

Codice ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i:

Limitazione oggettiva delle attività svolte attualmente:

7. Altri fattori

Sussistono circostanze particolari che possono influire negativamente sul processo di guarigione (ad es. contesto professionale, ambiente sociale, tragitto lavorativo, dipendenze)?

Sì No

Se sì, quali?

8. Terapie

a) Trattamento attuale e farmaci (posologia compresa):

--

b) Procedure/proposte (diagnostica per immagini, esami specialistici, trattamenti, ecc.):

--

c) Prognosi:

--

9. Incapacità lavorativa

Capacità lavorativa ragionevolmente esigibile (in % del carico usuale):	Presenza ragionevolmente esigibile in azienda (ore/giorno):	Incapacità lavorativa in %:	Incapacità lavorativa dal:	Incapacità lavorativa fino al:
Ripresa dell'attività lavorativa: prevista dal: _____ per ore/giorno				
prevedibilmente tra: _____ settimane per ore/giorno				

10. Reintegrazione

a) È possibile lo svolgimento di un altro lavoro/attività ammissibile?

Sì No

Se sì, di che tipo e in quale misura?

--

b) Viene già svolto un nuovo lavoro/attività? Sì No

Se sì, quale?

c) Sussistono limitazioni nello svolgimento del nuovo lavoro/attività? Sì No

Se sì, quali

d) Sotto il profilo medico, sussiste una limitazione per la guida di un veicolo? Sì No

Se sì, quale?

11. Consultazioni

Data dell'ultima consultazione
Data della prossima consultazione

12. Altri Assicuratori

Sono coinvolti altri fornitori di prestazioni (assicuratore infortuni, assicuratore d'indennità giornaliera di malattia, AI, AM, ecc.)

Sì No

Se sì, quali?

13. Osservazioni

Luogo e data:

Indirizzo del medico:

Firma del medico: