

Rapport médical initial

Assurance responsabilité civile

Numéro de sinistre:
Date/heure de l'acc.:

Employeur

--

Patient

Prénom:	N° AS:	
Nom:	Date de naissance:	Sexe:
Temps de travail: h/j	Nationalité:	
Profession exercée:		

1. Premiers soins

Date:	Heure:
Nom:	Lieu:
Spécialité méd.:	

2. Indications du patient

Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?

--

3. Etat général

--

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (par ex. maladies antérieures, accidents, circonstances sociales)? oui non

Si oui, lesquelles?

--

4. Constatations objectives

Atteinte morphologique :

--

Atteinte fonctionnelle :

--

Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics :

--

5. Diagnostic(s)

Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s):

--

6. Suites de l'accident

Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles?

oui non

7. Thérapie

a) Procédure/Propositions (poursuite du traitement, radiographies, examen par le médecin d'arrondissement, etc.):

b) Le patient est-il hospitalisé?

oui non

Si oui, où?

8. Incapacité de travail

Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel):	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour):	évent. IT en %:	Incapacité de travail du:	Incapacité de travail au:
La reprise du travail avant le week-end est-elle possible? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Reprise du travail: prévue à partir de:			à raison de	h/j
vraisemblablement dans: semaines			à raison de	h/j

9. Traitement terminé

oui le:
 non probablement dans semaines

10. Remarques

Lieu et date:

Adresse de médecin:

Signature de médecin:

EAN:

CSCM:

Tél.:
e-mail: