

Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia

LAMal

LCA

Sinistro numero:

Inizio dell'inabilità lavorativa:

Datore di lavoro

Paziente

Nome:

Cognome:

Onere lavorativo:

ore al giorno

Professione svolta:

NAS:

Data di nascita:

Nazionalità:

Sesso:

1. Prima consultazione

Data:

Nome:

Specializzazione:

Ora:

Luogo:

2. Causa

Malattia:

Incidente:

Malattia professionale:

Indefinito:

Gravidanza:

Previsione data del parto:

3. Anamnesi

a) Quando e come si sono manifestati i primi sintomi del disturbo?

b) Il paziente ha già ricevuto in passato cure per questo disturbo?

Sì

No

Se sì, dove?

c) Terapie eseguite finora:

d) Indicazioni soggettive del paziente:

e) Quali malattie e infortuni subiti in passato influenzano la guarigione?

f) Ulteriori informazioni:

**4. Reperto
oggettivo**

Lesione morfologica:

Danno funzionale:

Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti:

5. Diagnosi

con
effetti
sull'inabilità
lavorativa

senza
effetti
sull'inabilità
lavorativa

Codice ICD-Code e diagnostica differenziale:

Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale:

**6. Altri
fattori**

Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione
(per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)?

Sì No

Se sì, quali?

7. Terapia

a) Trattamento attuale:

b) Interventi / proposte (diagnostica di immagini, analisi e terapie di specialisti, ecc.):

c) Il paziente è o deve essere ospedalizzato o operato?

Sì No

Se sì, dove e quando?

d) Altri medici o terapeuti coinvolti?

Nome:
Specializzazione:

Luogo:
Da quando:

8. Inabilità lavorativa

Capacità di lavoro esigibile (in % del lavoro usuale):	Tempo di presenza in ditta esigibile (ore al giorno):	Ev. in %:	Inabilità lavorativa dal:	Inabilità lavorativa fino al:

La **ripresa** del lavoro **prima del fine settimana** è possibile? Sì No
Ripresa dell'attività lavorativa: a partire dal: per ore al giorno
Presumibilmente tra: settimane per ore al giorno

9. Dati delle consultazioni

Dati delle consultazioni finora:

Prossimo termine:

10. Altri assicuratori

Vi sono altri assicuratori coinvolti (LAINF, cassa malati, AI, Cassa pensione, ecc.)? Sì No

Se sì, quali?

--

11. Osservazioni

In merito alle agevolazioni di reintegrazione (per es.: facilitazioni sul lavoro, trasporto fino al luogo di lavoro, aiuti sociali o famigliari, altre misure non strettamente mediche):

--

Luogo e data:

Indirizzo del medico:

Firma del medico:

EAN:

CCMS:

Tel.:
e-mail: