

Rapport médical initial

Assurance-accidents

LAA

LCA

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):

