|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapporto medico iniziale****Assicurazione di responsabilità civile** |  | Sinistro numero:      Data/ora dell’ inf.:       |
|  |  |
|  **Datore di** **lavoro** |       |
|  |  |
|  **Paziente** | Nome:       NAS:      Cognome:       Data di nascita:       Sesso: Onere lavorativo:     ore al giorno Nazionalità:      Professione svolta:       |
|  |  |
| **1. Prima consultazione** | Data:       Ora:      Nome:       Luogo: Specializzazione:       |
|  |  |
| **2. Indicazioni del** **paziente** | Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta? |
|  |       |
|  |  |
| **3. Stato generale** |       |
|  | Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali, ecc.)? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, quali? |
|  |  |
| **4. Reperto oggettivo** | Lesione morfologica: |
|  |       |
|  | Danno funzionale: |
|  |       |
|  | Esami et diagnostica per immagini con copie dei referti: |
|  |       |
|  |  |
| **5. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: |
|  |       |
|  |  |
| **6. Conseguenze dell‘ infortunio** | I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l’evento dichiarato dal paziente e plausibili? [ ]  Sì [ ]  No |
|  |  |
| **7. Terapia** | a) Procedere/Proposte (cura ulteriore, radiogrammi, visita medica circondariale, ecc.): |
|  |       |
|  | b) Il paziente è ospedalizzato? [ ]  Sì [ ]  No |
|  | Se sì, dove? |
|  |  |
| **8. Inabilità** **lavorativa** | Capacità dilavoro esigibile(in % del lavoro usuale): | Tempo di presenzain ditta esigibile(ore al giorno): | Ev.in %: | Inabilità lavorativadal: | Inabilità lavorativafino al: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | La **ripresa** del lavoro **prima del fine settimana** è possibile? [ ]  Sì [ ]  NoRipresa dell'attività lavorativa: a partire dal:       per     ore al giornoPresumibilmente tra:     settimane per     ore al giorno |
|  |  |
| **9. Chiusura della** **cura medica** | [ ]  Sì il:      [ ]  No presumibilmente tra     settimane |
|  |  |
| **10. Osservazioni** |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data:      |  | Indirizzo del medico:      |  | Firma del medico: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN:      |  | CCMS:      |  | Tel.:      e-mail:      |