|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«D\_agenceAdr1»**  «D\_agenceAdr2»  «D\_agenceAdr3»  «D\_agenceAdr4»  «D\_agenceNoTel»  «D\_agenceNoFax»  ticinoap@vaudoise.ch  **Pratica trattata da:**  «MF\_Collaborateur»  «telephone» | «confidentiel»  «idDocument»/«idTemplate»/«timeStamp»/2   |  | | --- | | **«PP»** «X\_destPP» |   «EnteteAdresse» «noAgence»  «D\_destAdr1»  «D\_destAdr2»  «D\_destAdr3»  «D\_destAdr4»  «D\_destAdr5»  «D\_docLieu», «D\_docDate» |

**V/Rif.: «reference»**

**Dossier: «nodossier», Avvenimento del «datesinistre»**

**Assicurato:** **«lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»,

Nell'ambito di questa pratica, lei ha prestato delle cure alla persona suindicata.

La preghiamo d'informarci sul decorso del caso. Qualora la cura medica fosse già terminata o terminasse nei prossimi giorni, rinunciamo a questo rapporto. In tal caso vorrà cortesemente ritornarci il modulo con la relativa osservazione o trasmetterci subito la sua nota d'onorari.

La ringraziamo anticipatamente per la sua collaborazione e la preghiamo di gradire i nostri  
migliori saluti.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | «sign2\_raisonSocialeLigne1» | «sign1\_raisonSocialeLigne1» | |  | «sign2\_raisonSocialeLigne2» | «sign1\_raisonSocialeLigne2» | |  | {signature#2#}  «sign2\_nomSignataire» | {signature#1#}  «sign1\_nomSignataire» | |

**Dossier: «nodossier», Avvenimento del «datesinistre»**

**Assicurato: «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

**Pratica trattata da: «MF\_Collaborateur»**

**Rapporto medico intermedio (LAINF)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Diagnosi |  |
|  |  |
| 1. Decorso | a) Decorso a tutt'oggi e stato attuale (soggettivo e oggettivo):  b) Fattori extra-traumatici? si no  Se sì, quali? |
|  |  |
| 1. Terapia | a) Cura attuale:  b) Proposte (cura ulteriore, radiografie, visita da parte del medico consulente, ecc) :  c) A quali intervalli hanno luogo le visite?  d) Quanto tempo potrà ancora durare la cura? |
|  |  |
| 1. Ripresa del  lavoro | a) Ripresa dal lavoro al % dal prevista per il  b) Dobbiamo adoperarci presso il datore di lavoro  per l'attribuzione di un lavoro confacente? si no  c) E'presumibile un danno permanente? si no  Se sì, di quale natura? |
|  |  |
| 1. Osservazioni |  |

Luogo e data: Timbro e firma del medico: