|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«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»/5

|  |
| --- |
| **«PP»** «X\_destPP» |

«EnteteAdresse» «noAgence»«D\_destAdr1»«D\_destAdr2»«D\_destAdr3»«D\_destAdr4»«D\_destAdr5»«D\_docLieu», «D\_docDate» |

**V/Rif.: «reference»**

**Dossier: «nodossier», Incapacità lavorativa dal «datesinistre»**

**Stipulante: «nomPreneur», n. polizza «npa» «branche»**

**Persona assicurata: «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»,

per consentirci, in qualità di assicuratori malattia perdita di guadagno secondo la LCA, di determinare il diritto alle indennità giornaliere della persona summenzionata, la preghiamo di compilare il modulo allegato all’attenzione del nostro medico di fiducia e di inviarcelo insieme ai rapporti d’esame, di diagnostica per immagini (radiografie/RM), delle visite, dei ricoveri e di operazioni relativi all’incapacità lavorativa.

Può inviarci l’incarto, corredato della sua nota d’onorario (CHF 60.- rapporto semplice, CHF 80. - rapporto dettagliato), per posta tramite la busta risposta allegata o per e-mail all’indirizzo protetto HIN: medecin.conseil@vaudoise.ch. Le chiediamo cortesemente di voler indicare nell’oggetto della mail il numero di dossier sopra citato.

Ringraziandola sin d’ora per la collaborazione, le presentiamo i migliori saluti.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

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

 |

 **Ritorno a**

 **Confidenziale**

«D\_destAdr1» VAUDOISE ASSICURAZIONI
«D\_destAdr2» Consulente Medico

«D\_destAdr3» Avenue de Cour 45

«D\_destAdr4» 1007 Lausanne

«D\_destAdr5»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapporto medico iniziale****Assicurazione malattie / indennità giornaliera malattia**  | [ ] LAMal[x] LCA | Sinistro numero: «nodossier»Inizio dell'inabilità lavorativa: «datesinistre» |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datore dilavoro** | «nomPreneur» |  |
|  |  |  |
| **Paziente** | Nome: «lesePrincipalPrenom» Cognome: «lesePrincipalNom» Tasso di attività: Professione svolta:  | NAS:Data di nascita: «lesePrincipalDateNaissance» |
|  |  |  |
| **1. Prima**  **consultazione** | Data:Cognome:Specializzazione:  | Ora:Luogo: |
|  |  |  |
| **2. Causa** | [ ] Malattia [ ] Infortunio [ ] Malattia professionale [ ] Indefinito[ ] Gravidanza Previone data prevista 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? c Sì c No |
|  | Se sì, dove? |  |
|  | c) Terapie eseguite finora: |  |
|  |  |  |

Dossier: «nodossier»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | d) Indicazioni soggettive del paziente: |  |
|  |  |
|  | e) Quali malattie e infortuni subiti in passato influenzano la guarigione? |
|  |  |
|  | f) Ulteriori informazioni: |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **4. Reperto oggettivo** | Reperti documentati e immagini (p.f. allegare le copie): |
|  |  |
|  |  |  |
| **5. Diagnosi** | Codice ICD-Code e diagnostica differenziale: |
| **con** effettisull'inabilitàlavorativa |  |
| **senza** effettisull'inabilitàlavorativa |  |
|  | Restrizioni oggettive in merito all'attività attuale: |
|  |  |
|  |  |  |
| **6. Altri fattori** | Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sullaguarigione (per es. ambiente di lavoro, circostanze sociali, pendolarismo, tossicomanie)? c Sì c No |
|  | Se sì, quali? |
|  |  |  |

In caso di fattore dovuto all’ambiente lavorativo, come valuta la capacità lavorativa presso un altro datore di lavoro

|  |
| --- |
|  |

Dossier: «nodossier»

|  |  |
| --- | --- |
| **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? c Sì c No |
|  | Se sì, dove e quando? |
|  | d) Altri medici o terapeuti coinvolti? |
|  | Cognome: Località:Specializzazione: Da quando: |
|  |  |  |
| **8. Inabilità** **lavorativa** | Capacità di lavoroesigibile(in % del lavorousuale): | Tempo di presenzain ditta esigibile(ore al giorno): | Ev. In %: | Inabilità lavorativadal: | Inabilità lavorativadal: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | La **ripresa** del lavoro **prima del fine settimana** è possibile? c Sì c NoRipresa dell'attività lavorativa: a patire 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.)? c Sì c No |
|  | Se sì, quali? |
|  |  |

Dossier: «nodossier»

|  |  |
| --- | --- |
| **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 date: |  | Indirizzo del medico: |  | Firma del medico: |
|  |  |  |  |  |
| EAN: |  | CCMS: |  | Tel.:e-mail: |

Dossier: «nodossier»