

Rapporto medico iniziale

Assicurazione malattia / Indennità giornaliera in caso di malattia



**Vaudoise Generale,
Compagnia di Assicurazioni SA**
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Losanna
T 0800 811 911, F 021 618 85 16
E-mail: consulente.medico@vaudoise.ch

LAMal Numero di sinistro _____

LCA Inizio dell'incapacità lavorativa _____

Datore di lavoro _____

Paziente Cognome _____ N° ass. _____

Nome _____ Data di nascita _____

Tempo di lavoro (ore/giorno) _____ Sesso Uomo Donna

Professione _____ Nazionalità _____

1. Prime cure Data _____ Ora _____

Nome _____ Luogo _____

Specializzazione med. _____

2. Causa Malattia Infortunio Malattia professionale Indefinita

Gravidanza Data di nascita prevista _____

3. Anamnesi a) Quando e come si sono manifestati la prima volta i disturbi?

b) Il paziente ha già ricevuto cure in passato per questi disturbi? Sì No

Se sì, dove?

c) Terapie seguite finora

d) Informazioni soggettive del paziente

e) Quali infortuni e malattie precedenti influenzano il processo di guarigione?

f) Altre informazioni

**4. Costatazioni
obiettive**

Danno morfologico

Danno funzionale

Esami e diagnostica per immagini con copie dei referti

5. Diagnosi Codificazione ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i
con impatto sull'incapacità lavorativa

Codificazione ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i

senza impatto sull'incapacità lavorativa

Limitazione oggettiva dell'attività attuale

6. Altri fattori Esistono circostanze particolari che potrebbero influenzare negativamente il processo di guarigione (p.es. ambiente professionale, situazione sociale, tragitto fino al lavoro, dipendenze)? Sì No

Se sì, quali?

7. Terapia a) Trattamento attuale

b) Procedura/proposte (diagnostica per immagini, esame medico specializzato, trattamenti ecc.)

c) Il paziente è/sarà ricoverato e/o operato? Sì No

Se sì, dove e quando?

d) Altri medici/terapeuti coinvolti?

Nome _____ Luogo _____

Specializzazione med. _____ Da quando? _____

8. Incapacità lavorativa

Tolleranza esigibile agli sforzi (% dello sforzo abituale)	Presenza esigibile in azienda (ore/giorno)	Eventuale incapacità lavorativa in %	Incapacità lavorativa dal	Incapacità lavorativa al

La ripresa del lavoro prima del fine settimana è possibile? Sì No

Ripresa del lavoro prevista a partire dal _____ per _____ ore/giorno
presumibilmente tra _____ settimane per _____ ore/giorno

9. Data delle consultazioni

Data delle consultazioni precedenti

Prossimo appuntamento _____

10. Altri assicuratori

Sono coinvolti altri fornitori di prestazioni (LAINF, cassa malati, cassa pensioni ecc.)? Sì No

Se sì, quali?

11. Osservazioni

Luogo e data

Indirizzo del medico

Firma del medico (superflua se invio elettronico)

EAN

CCMS

T

E-mail

Inviare

Stampare