

Rapporto medico intermedio

Assicurazione malattia / Indennità
giornaliere 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. Costatazioni obiettive Risultati degli esami medici e della diagnostica per immagini (si prega di allegare le copie)

2. Diagnosi Codificazione ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i

con impatto sull'incapacità lavorativa

senza impatto sull'incapacità lavorativa

Limitazione oggettiva dell'attività attuale

3. 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? _____

4. Evoluzione

a) Evoluzione fino a oggi e stato attuale (soggettivo e oggettivo)

b) Prognosi

5. 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?

6. Incapacità lavorativa al posto di lavoro attuale

Quali limiti fisici, mentali, psichici sussistono? Qual è il loro effetto concreto sull'attività attuale (mansionario)?

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

7. Capacità lavorativa dopo stabilizzazione dello stato di salute

a) L'attuale attività è ancora esigibile dal punto di vista medico? Sì No

b) L'esercizio dell'attuale attività in un altro ambiente di lavoro è esigibile? Sì No

c) Un'attività adattata è esigibile dal punto di vista medico? Sì No

Se sì (a, b o c):

Qual è il profilo di tolleranza e quali sono gli adeguamenti necessari?

A partire dal _____ per _____ ore/giorno Tolleranza esigibile: _____%

8. Secondo parere

a) Una visita medica specialistica è giustificata? Sì No

9. Misure di integrazione

a) Misure concrete supplementari possono influenzare positivamente la capacità di fornire prestazioni? Sì No

Se sì, quali misure possiamo adottare per sostenere la persona assicurata?

- Misure mediche?

- Misure professionali (p. es. facilitare il tragitto fino al lavoro, coaching professionale ecc.)?

- Misure di carattere psicosociale?

10. Osservazioni

Luogo e data

Indirizzo del medico

Firma del medico (superflua se invio elettronico)

T

E-mail

Inviare

Stampare