

Rapporto medico intermedio

Assicurazione contro gli infortuni



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

LAINF Numero di sinistro _____

LCA Data/ora dell'infortunio _____

Datore di lavoro _____

Paziente Cognome _____ N. ass. _____

Nome _____ Data di nascita _____

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

Professione _____ Nazionalità _____

1. Diagnosi _____

2. Evoluzione a) Evoluzione e stato attuale (soggettivo e oggettivo)

b) Ci sono circostanze senza alcun rapporto con l'infortunio che influenzano l'evoluzione del caso? Sì No

Se sì, quali?

3. Terapia a) Trattamento in corso

b) Proposte (continuazione del trattamento, radiografie, visita del medico di fiducia ecc.)

c) A quali intervalli avvengono le consultazioni? _____

d) Probabile durata del trattamento _____

4. Ripresa del lavoro

a) Ripresa del lavoro al/all' _____ % dal _____ prevista per il _____

b) Dobbiamo rivolgerci al datore di lavoro affinché provveda a un impiego appropriato? Sì No

c) C'è il rischio di un danno permanente? Sì No

Se sì, di che natura?

5. Osservazioni

Luogo e data

Timbro e firma del medico (superflui se invio elettronico)

T _____

E-mail _____

Inviare

Stampare