Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

ASA | SVV
Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Sélectionner l'assureur...

GLN

Cas

Droit LAMal | Numéro de sinistre | Début de l'incapacité de travail

Patient

Nom | Prénom
Rue | NP / lieu
Sexe | Tél.
Date de naissance | Mail
Profession exercée | Temps de travail h/j
Nationalité

Employeur

Entreprise | Département
Rue | NP / lieu
Tel. | Mail

1. Premiers soins

Date | Heure
Nom | Lieu
Spécialité méd.

2. Cause

◯ Maladie ◯ Accident ◯ Maladie professionnelle ◯ Non définie
◯ Grossesse Date de naissance prévue

3. Anamnèse

a) Quand et comment les troubles se sont manifestés pour la première fois?

b) Le patient a-t-il été déjà auparavant traité en raison de ces troubles? ◯ oui ◯ non Si oui, où?

c) Thérapies suivies jusqu’à présent

d) Données subjectives du patient

e) Quels accidents et maladies précédents influencent le processus de guérison?

f) Autres informations

4. Constatations objectives

Atteinte morphologique

Atteinte fonctionnelle

Examens et procédés d'imagerie avec copies des diagnostics

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

5. Diagnostic(s)

Code CIM et éventuel(s) diagnostic(s) différentiel(s)

avec impact sur l'incapacité de travail

sans impact sur l'incapacité de travail

Limitation objective de l’activité actuelle

6. Autres facteurs

Existe-t-il des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (p. ex. environnement professionnel, situation sociale, trajet jusqu’au travail, addiction) ?

◯ oui ◯ non Si oui, lesquels?

7. Thérapie

a) Traitement actuel

b) Procédure/Propositions (diagnostic par imagerie, examen méd. spécialisé, traitements, etc.

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

c) Le patient est-il/va-t-il être hospitalisé ou opéré?

◯ oui ◯ non Si oui, où et quand?

d) Autres médecins, thérapeutes impliqués?

Nom

Lieu

Depuis quand

Spécialité méd.

8. Incapacité de travail

Date de création	Tolérance exigible aux efforts (% de l'effort habituel)	Présence exigible dans l'entreprise (heures/jour)	évent. IT en %	Incapacité de travail du :	Incapacité de travail au :

La reprise du travail avant le week-end est-elle possible? ◯ oui ◯ non

Reprise du travail prévue à partir de à raison de h/j

vraisemblablement dans semaines à raison de h/j

9. Dates des consultations

Dates des consultations anciennes

Prochain rendez-vous

10. Autres assureurs

D'autres fournisseurs de prestation sont-ils impliqués (LAA, caisse maladie, caisse de pension, etc.)?

◯ oui ◯ non Si oui, lesquels?

Rapport médical initial

Assurance-maladie / Indemnités journalières en cas de maladie

11. Remarques

En particulier en rapport avec le soutien à la réinsertion (p. ex. facilitation du travail, transport jusqu'au lieu de travail, soutien social ou des proches, autres mesures non médicales)

Médecin

Tél

Fax

GLN

RCC

eMail

Signature

inutile en cas d'envoi électronique

Date

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!