

## Certificato medico LAINF

Infortunio numero:

Data dell'infortunio:

<b>Impresa:</b>	Nome:	
	Via, NPA località:	
<b>Paziente:</b>	*Nome, *cognome:	N. AVS:
	Via:	*Data nasc.:
«* = campo obbligatorio»	NPA località:	Professione:
<b>1. Prima consultazione:</b>	Data:	dove: quando:
<b>2. Indicazioni del paziente:</b>	Fattispecie e disturbi invocati. Ricaduta?	
<b>3. Stato generale:</b>	Esistono circostanze particolari che possono influire negativamente sulla guarigione (p. es. malattie pregresse, infortuni, fattori sociali ecc.)? Se sì, quali?	
<b>4. Reperto oggettivo:</b>	Reperto radiologico:	
<b>5. Diagnosi:</b>	Tipo:	Codice:
<b>6. Conseguenze dell'infortunio:</b>	I reperti elencati alla cifra 4 sono compatibili con l'evento dichiarato dal paziente e plausibili?	

Primo reperto



Campo  
aggiuntivo: